



# Studienabschlussarbeiten

Fakultät für Psychologie und  
Pädagogik

Schickart, Stephan:

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und  
Jugendlichen: Ein Vergleich der Symptomatik im  
Rahmen der Arbeitsgemeinschaft  
Schülerauffälligkeiten

**Zulassungsarbeit, Wintersemester 2014**

Gutachter: Meyer, Barbara

Fakultät für Psychologie und Pädagogik  
Department für Pädagogik und Rehabilitation

Ludwig-Maximilians-Universität München

<https://doi.org/10.5282/ubm/epub.21091>

Ludwig-Maximilians-Universität München  
FAKULTÄT FÜR PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK  
DEPARTMENT FÜR PÄDAGOGIK UND REHABILITATION  
LEHRSTUHL FÜR SCHULPÄDAGOGIK

# **Zulassungsarbeit**

für das Lehramt an Gymnasien  
im WiSe 2013/2014

vorgelegt von:  
Stephan Schickart  
10. Fachsemester

## **Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ein Vergleich der Symptomatik im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Schülerauffälligkeiten.**

bei:  
Dr. Barbara E. Meyer  
München, 01.02.2014

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	2
1 Theoretische Grundlagen .....	5
1.1 Historische Betrachtung des Forschungsgegenstands Verhaltensstörung .....	5
1.1.1 Das sittlich verwilderte Kind .....	6
1.1.2 Das psychopathisch minderwertige Kind .....	6
1.1.3 Das seelisch belastete Kind .....	7
1.2 Die Relativität von Normen und auffälligem Verhalten .....	7
1.3 Begriffsfindung und Definition in der heutigen Zeit .....	10
1.3.1 Begriffsfindung und Definition in der Pädagogik .....	10
1.3.2 Begriffe und Definitionen in der klinischen Psychologie und Psychiatrie .....	15
1.4 Klassifikation .....	16
1.4.1 Kategoriale und dimensionale Klassifikationssysteme .....	17
1.4.2 Das DSM und die ICD im Vergleich .....	22
2 Methodik .....	24
2.1 Auswahl der Phänomene .....	24
2.2 Literaturrecherche .....	29
2.3 Vergleich der Symptomatik .....	30
3 Ergebnisse .....	32
4 Ausarbeitung einer Darstellungsmöglichkeit .....	59
5 Diskussion .....	62
6 Zusammenfassung .....	65
7 Literaturverzeichnis .....	66
8 Anhang .....	70

## Einleitung

Das Thema *Verhaltensauffälligkeiten* oder auch *Verhaltensstörungen* bei Kindern und Jugendlichen wird im Zuge der Inklusion eine immer größere Rolle an deutschen Schulen spielen. Die Kultusministerkonferenz (KMK) beschloss 2011 in einem Positionspapier die Rahmenbedingungen für eine zunehmend inklusive pädagogische Praxis, in der Schüler und Schülerinnen mit und ohne Behinderungen oder sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf gemeinsam unterrichtet werden (KMK, 2011). Als Folge dieser Umstrukturierung werden auch Regelschullehrer vermehrt mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen, die Auffälligkeiten im Verhalten zeigen. Ein Bereich, mit dem sich innerhalb der Erziehungswissenschaften bislang die Sonderpädagogik beschäftigt hat, wird nun auch für Regelschullehrer relevant. Die Arbeitsgemeinschaft *Schülerauffälligkeiten* der schulpädagogischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München arbeitet derzeit an einem Buch über Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, das vor allem Lehrkräften an Regelschulen kompakt Informationen über eine Reihe von Auffälligkeiten bieten soll. Als ein Teil dieses Buches ist eine Darstellung von Symptomen verschiedener Verhaltensauffälligkeiten geplant, bei der ersichtlich wird, welche Symptome zwischen den Auffälligkeiten übereinstimmen. Gleichzeitig soll sie darstellen, bei welchen Auffälligkeiten die Symptome zu finden sind. Solch eine Übersicht soll es der Lehrkraft ermöglichen sich zielgerichteter Informationen zu beschaffen, wenn ein Symptom beobachtet wurde. Das Prinzip ähnelt den aus der klinischen Psychologie bekannten Differentialdiagnostik. Bei diesen wird auf Unterschiede zwischen Störungen hingewiesen, die sich in ihrer Symptomatik sehr ähnlich sind, was sie in der Praxis schwer unterscheidbar macht. Diese Differentialdiagnosen sind allerdings nach psychischen Störungen geordnet, nicht nach Symptomen. Die Suche nach solchen Übereinstimmungen bzw. Ähnlichkeiten zwischen Symptomen von Verhaltensauffälligkeiten und die Ausarbeitung einer Darstellungsmöglichkeit der Ergebnisse für das geplante Buch ist das Ziel der vorliegenden Arbeit.

Dabei ist es wichtig zu betonen, dass das Nachschlagewerk nicht zur formellen Diagnosestellung entwickelt wird, und dafür auch nicht brauchbar ist. Zudem ist eine Lehrkraft ohne einschlägige Ausbildung auch nicht befugt eine formelle Diagnose zu stellen. Eine formelle Diagnostik, bei der abschließend ein Gutachten ausgestellt wird, muss von dementsprechend qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden, wie z.B. Diplom-Psychologen (psychologisches Gutachten) oder Lehrern für Sonderpädagogik (sonderpädagogisches Gutachten) (Stein, 2011). Vielmehr ist das Ergebnis dieser Arbeit so zu verstehen und zu benutzen, dass es Lehr-

kräften bei einer informellen Diagnostik unterstützen soll. STEIN (2011) versteht unter informeller Diagnostik die „Einschätzung und Beurteilung von Problematiken im Kontext von Verhaltensstörungen“ (S.100), die zwar nicht den offiziellen Charakter einer Begutachtung hat, aber dennoch eine „verantwortliche, oft 'nebenbei' laufende Tätigkeit“ der Lehrkräfte ist (ebd.). Eine informelle Diagnostik findet laut STEIN (2011) immer statt, indem Pädagogen gezielt Informationen sammeln um Situationen oder Personen einzuschätzen. Dadurch wird impliziert, dass sich die informelle Diagnostik von der bloßen Meinungsbildung durch eine strukturiertere Informationsbeschaffung abgrenzt, die laut STEIN (2011) unbedingt Teil professionellen pädagogischen Arbeitens sein muss und sich in drei wesentlichen Punkte gliedert: Die Lehrkraft muss Bewusstheit über die Situation haben und über die Konsequenzen, die sich aus der Einschätzung ergeben können. Sie muss die Verantwortung für die eigene Wahrnehmung und Beurteilung übernehmen. Sie muss sich wissenschaftlicher Systematik bedienen, was bedeutet, dass sie sich an wissenschaftlichen Modellen orientieren muss, sowie die eigene Einschätzung kritisch hinterfragen. Im Sinne Steins will diese Arbeit einen Beitrag zur Unterstützung von Lehrkräften bei der informellen Diagnostik leisten. Lehrkräfte verbringen viel Zeit mit Kindern und Jugendlichen und sind daher wertvolle Beobachter deren Verhaltens.

Wie schon deutlich wurde, beschäftigt sich nicht nur die Sonderpädagogik mit auffälligem Verhalten, sondern auch die Psychologie. Weitere wissenschaftliche Disziplinen, die an diesem Thema forschen sind zudem die Medizin und die Soziologie (Leitner, Ortner & Ortner, 2008) sowie die Kriminologie (Hillenbrand, 2008). Dies macht Verhaltensauffälligkeiten zu einer Schnittstelle mehrerer Fachbereiche. Die Folge davon ist, dass unterschiedliche fachliche Begriffe und Definitionen verwendet werden, was die Kommunikation erschwert. Verschiedene Begriffe finden sich nicht nur auf interdisziplinärer Ebene, sondern auch innerhalb der Sonderpädagogik. In dieses Thema, das auch historisch gewachsen ist, wird der erste Teil der vorliegenden Arbeit einen Einblick geben sowie auf Werte und Normen, die ein unabdingbarer Bestandteil sind, um ein Verhalten als auffällig oder gestört zu betrachten. Es folgt eine Darstellung unterschiedlicher Systeme zur Klassifikation psychischer Störungen sowie des für diese Arbeit benutzten Klassifikationswerks, das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Auflage; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Im DSM-5 sind die für eine formelle Diagnosestellung notwendigen Symptome aufgelistet. Es wird im folgenden im Vergleich mit der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-

10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) vorgestellt. Daraufgehend wird dargestellt, welche Verhaltensauffälligkeiten in den Symptomvergleich mit einbezogen wurden, sowie die Methodik, mit der nach Übereinstimmungen zwischen den Symptomen und nach Literatur gesucht wurde. Im Weiteren werden die Ergebnisse des Vergleichs präsentiert sowie eine Darstellungsmöglichkeit der Übereinstimmungen. Abschließend findet sich eine Diskussion zur Methodik und den Ergebnissen.

# 1 Theoretische Grundlagen

## 1.1 Historische Betrachtung des Forschungsgegenstands *Verhaltensstörung*

*Verhaltensstörung* ist nur einer von vielen Begriffen, der versucht einen Forschungsgegenstand zu umschreiben, der im Laufe der Zeit durch viele Begriffe beschrieben wurde. Der Begriff selbst unterliegt also, wie WILLMANN (2012) erklärt, einem zeitgeschichtlichen Wandel. MYSCHKER (2009) listet einige Begriffe auf, die in der Vergangenheit gebräuchlich waren um Kinder und Jugendliche zu beschreiben, „die ihrer Umwelt Schwierigkeiten machen und mit sich selbst Schwierigkeiten haben“ (Myschker, 2009, S.44): „entwicklungsgehemmt, entwicklungsgestört, erziehungsschwierig, fehlentwickelt, führungsresistent, gemeinschaftsschwierig, integrationsbehindert, neurotisch, psychopathisch, schwererziehbar, schwersterziehbar, verwahrlost, verwildert“ (ebd.). Wirft man einen Blick zurück in die Geschichte, ist es schwer zu sagen, wann die Beschäftigung mit diesem Phänomen begonnen hat. Als wissenschaftliche Disziplin hat sich die *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* erst in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts etabliert (Stein, 2011). Praxisinstitutionen, die sich mit auffälligen Kindern und Jugendlichen beschäftigt haben, gibt es aber schon seit dem 18. Jahrhundert, z.B. das *Rauhe Haus* in Hamburg (ebd.). GÖPPEL (2010) weist darauf hin, dass es für den Entstehungszeitpunkt von *Verhaltensstörungen* zwei Antwortmöglichkeiten gibt. Entweder es gibt sie schon so lange, wie Eltern ihre Kinder erziehen, und implizieren damit, dass es auch genauso lange Personen gegeben haben muss, die sich mit dem Phänomen beschäftigt haben. Anders gesehen könnten *Verhaltensstörungen* auch erst mit der Prägung des Begriffs auf dem 1. Weltkongress für Psychiatrie entstanden sein und wären somit ein von Menschen geschaffenes Konstrukt (Göppel, 2010). Letztere Möglichkeit bedeutet, dass der Begriff eine ganz bestimmte Sichtweise auf *schwierige Kinder* darstellt, die zu einer bestimmten Epoche vorherrscht und von Benutzern des Begriffs geteilt wird. Um verschiedene historische Sichtweisen auf Kinder mit Verhaltensschwierigkeiten zu skizzieren, werden im folgenden die unterschiedlichen epochalen Konzepte, die in der Pädagogik des 19. und 20. Jahrhunderts bis zur Einführung des Begriffs *Verhaltensstörung* im Jahr 1950 gebräuchlich waren, exemplarisch aufgezeigt. Dafür eignen sich insgesamt drei unterschiedliche Paradigmen dieser Zeitspanne, die sich relativ gut unterscheiden lassen: Die Konzepte des „sittlich verwilderten Kindes“, des „psychopathisch minderwertigen Kindes“ und des „seelisch belasteten Kindes“ (Göppel, 2010, S.15-18).

### 1.1.1 Das sittlich verwilderte Kind

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden Kinder und Jugendliche, die als Problemfälle bei der Erziehung galten, nicht wie heute eher üblich in psychologische Kategorien gefasst, sondern in moralische. Die Begriffe waren auch hier vielfältig und reichten vom „sittlich verwilderten Kind“ bis zum „boshaften“, „verkommenen“ oder „entarteten Kind“, um nur einige Begriffe zu nennen. Um diese Kinder zu fördern entwickelte Pestalozzi ein Drei-Punkte-Programm. Dabei sollten zuerst die kindlichen Grundbedürfnisse nach Nahrung, Wärme und Zuwendung befriedigt werden, dann durch Übungen versucht werden selbstsüchtige und aggressive Impulse zu kontrollieren, um zuletzt durch Reflexion über moralische Fragestellungen zu einem Schluss zu kommen, was *gut* und was *böse* ist (Göppel, 2010). Auch wenn diese Sichtweise wertend ist und die Erklärung für das Verhalten der Kinder eindimensional, so ist sie doch ein Fortschritt, wenn man bedenkt, dass bis in diese Zeit hinein die Pädagogik hauptsächlich durch „Repressalien und gewaltsame Unterdrückung gekennzeichnet war“ (Willmann, 2012, S. 24).

### 1.1.2 Das psychopathisch minderwertige Kind

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts lässt sich eine neue Tendenz in der Betrachtungsweise *schwieriger Kinder* feststellen. Solche Kinder wurden nun nicht mehr in moralischen Kategorien betrachtet, sondern als klinische Fälle und so wurde aus den *bösen* Kindern *krank* Kinder (Willmann, 2012). Dies ist zurückzuführen auf einflussreiche Fachbeiträge aus der Medizin, wie das 1891 erschienene Werk *Die psychopathischen Minderwertigkeiten* von Koch (Göppel, 2010). Darin führt er psychische Auffälligkeiten kategorisch auf hirnorganische Störungen zurück (ebd.). Diese psychiatrische Perspektive wird von der Pädagogik bereitwillig aufgenommen und so wird den *Kinderfehlern*, wie der Pädagoge von Strümpel unerwünschtes Verhalten nun bezeichnet, ein Krankheitswert zugesprochen (ebd.). So wurde die Pädagogik mit der Medizin verknüpft. Positiv an dieser neuen Sichtweise war, dass nicht mehr moralisch über betroffene Kinder geurteilt wurde und dadurch wohl viele Hilfsbemühungen ausgelöst wurden (ebd.). Jedoch wurden durch diese „Pathologisierung kindlichen Fehlverhaltens“ (Göppel, 2010, S. 17) betroffene Kinder stigmatisiert, vor allem vor dem Hintergrund der späteren Verknüpfung der Thematik mit Ideen der Erblehre und Eugenik (Göppel, 2010).



### 1.1.3 Das seelisch belastete Kind

Durch die neu aufkommende Strömung der Psychoanalyse innerhalb der Psychologie kam es zu einem Wandel der Sichtweise auf *schwierige Kinder* (Göppel, 2010). Den Erziehungsschwierigkeiten wurde zwar immer noch ein bestimmter Krankheitswert zugesprochen, aber es kam zu neuen Sichtweisen hinsichtlich der Ursachen (ebd.). Die neue Strömung richtete sich gegen die Ansichten der Psychopathologie und vertrat die Meinung, dass nicht hirnorganische Schädigungen die Ursache für auffälliges Verhalten sind, sondern schlimme Erlebnisse der Kinder, die ihre normale Entwicklung gehemmt hatten (ebd.). Durch diese entwicklungspsychologische Deutung wurden eine ganze Bandbreite von Ursachen denkbar, was letztlich dazu führte, dass Pädagogen und Psychologen viel mehr auf den jeweils individuellen Fall, die individuelle Lebensgeschichte, eingingen und dementsprechend viel detailliertere Fallbeschreibungen entstanden (ebd.). Der Blick wurde also insgesamt mehr auf das Kind gerichtet.

## 1.2 Die Relativität von Normen und auffälligem Verhalten

Im vorangegangenen Kapitel wurden die unterschiedlichen epochalen Sichtweisen auf Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten dargestellt. Dieser Wandel der Sichtweisen ist durch einen Wandel der Normen bedingt. In diesem Kapitel wird auf die Relativität von Normen aufmerksam gemacht, derer sich eine Lehrkraft bei der Bewertung von Verhaltensweisen von Schülern<sup>1</sup> immer bewusst sein muss. Die Normen, anhand derer Verhaltensweisen als auffällig beurteilt werden, müssen stets kritisch hinterfragt werden.

Betrachtet man den in Kapitel 1.1 beschriebenen Wandel der Sichtweisen auf Kinder mit Verhaltensstörungen, der innerhalb von ca. einem Jahrhundert stattfand, wird sehr deutlich was GÖPPEL (2010) meint, wenn er von Verhaltensstörung als Konstrukt spricht. Er geht noch einen Schritt weiter und schlägt vor, dass es gar keine objektive „Realität des Kindes und der kindlichen Entwicklungsstörungen“ (Göppel, 2010, S. 14) gibt, sondern lediglich epochentypische Kindheitskonstruktionen und somit epochentypische Beschreibungen von kindlichem Fehlverhalten. Diese Antwort erscheint plausibel, wenn man bedenkt, dass für das Beschreiben eines Verhaltens als *schwierig*, *auffällig* oder *sittlich verwildert* eine bestimmte Norm als Vergleich herangezogen werden muss, von welcher das beobachtete Verhalten abweicht (Stein, 2011). Meistens ist diese Norm das eigene Verständnis des Erziehers von *richtigem*

---

<sup>1</sup> Wegen der flüssigeren Lesbarkeit wird im folgenden nur die maskuline Form verwendet. Weibliche Personen sind in der Bedeutung mit eingeschlossen.

Verhalten, das sich an seinen eigenen Wertvorstellungen orientiert (Göppel, 2010). Diese Wertvorstellungen unterliegen nicht nur einem zeitlichen Wandel, sondern variieren auch zeitgleich zwischen verschiedenen Kulturen, aber auch zwischen Personen der gleichen Kultur hinsichtlich der jeweiligen familiären, schulischen und beruflichen Sozialisation (Stein, 2011). Somit variieren auch die Kriterien, an denen Verhalten gemessen und bewertet wird je nach Zeit und Beobachter.

Normen orientieren sich laut STEIN (2011) maßgeblich an drei grundsätzlichen Bezugssystemen: Dem Individuum, der Gesellschaft und der jeweiligen Situation oder Sache. Bei dem Bezugssystem *Individuum* wird das beobachtete Verhalten und Erleben einer Person mit dessen „eigenen Fähigkeiten, seinen persönlichen Merkmalen, auch seinem Alter, Entwicklungsstand, seinen Eigenarten usw.“ (Stein, 2011, S. 19) verglichen. Die grundsätzliche Frage ist also, ob das beobachtete Verhalten in irgendeiner Weise von sonst gezeigtem Verhalten abweicht.

Verwendet man das Bezugssystem *Gesellschaft* als Betrachtungsperspektive, so setzt man das beobachtete Verhalten in Bezug zu Verhaltensweisen, die in Gesellschaften als angebracht oder erwünscht gelten. Diese Normen und Werte sind, wie bereits erwähnt, zeit- und kulturabhängig.

Ein Verhalten kann aber auch innerhalb der Situation, in der es aufgetreten ist oder in Bezug auf den Umgang mit einer Sache hinsichtlich seiner Angemessenheit, beurteilt werden. Um die Wichtigkeit der situationsspezifischen Betrachtung von Verhalten deutlich zu machen, weist KOBİ (2000, zitiert nach Stein, 2011) darauf hin, dass das Aufschneiden eines Bauches sowie das nackte Herumrennen einerseits als wertwidrig bis kriminell angesehen werden kann, handelt es sich jedoch bei den genannten Beispielen um einen chirurgischen Eingriff und das Baden im FKK Bereich, so sind es völlig akzeptierte, *normale* Verhaltensweisen.

Innerhalb dieser grundlegenden Bezugssysteme können konkrete Normen existieren. Konkrete Normen manifestieren sich laut STEIN (2011) in folgenden Bereichen der Normsetzung: Explizite Normen, soziokulturelle Normen, statistische Normen, psychologisch-fachwissenschaftliche Aussagen über *regelgerechtes* bzw. *gesundes* Verhalten, persönliche Norm- und Idealvorstellungen des Beobachters und subjektive Maßstäbe der Person selbst.

Explizite Normen sind gesetzlich festgelegte Regeln, die von bestimmten Instanzen (Polizei, Gericht) durchgesetzt werden (Stein, 2011). Soziokulturelle Normen orientieren sich an den Gepflogenheiten der Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft, Gemeinschaft, Ethnie oder sozialen Gruppe (ebd.). Die statistische Norm bestimmt die *Richtigkeit* eines Verhaltens anhand dessen Häufigkeit in einer Gruppe. Abweichungen von diesem Mittelwert können so als *auffällig* bezeichnet werden (ebd.). Wissenschaftliche Disziplinen, die sich mit Verhalten beschäftigen, wie z.B. die Psychologie, entwickeln aufgrund theoretischer Modelle eigene disziplinspezifische Normen um Verhalten zu bewerten (ebd.). Von Bedeutung sind auch die subjektiven Maßstäbe der Person selbst als Maßstab zur Bewertung von Verhalten (ebd.). Damit ist gemeint, inwieweit eine Person selbst ihr Verhalten und ihr Leben in Bezug auf verschiedene Maßstäbe bewertet. Diese Innensicht kann von der Außenansicht eines Beobachters abweichen und dadurch kann ein als auffällig beurteiltes Verhalten subjektiv nicht so wahrgenommen werden und anders herum. Vor allem zum Erfassen des subjektiv empfundenen Leids durch bestimmte Verhaltensweisen ist diese Innensicht notwendig und mittlerweile wesentlicher Bestandteil der Definition von pathologischen Verhaltensstörungen in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. Letztendlich sind auch die persönlichen Wertvorstellungen des Beobachters ein ganz wesentlicher Bereich der Normsetzung, denn, wie zuvor bereits erwähnt, ist es meist diese Perspektive von der aus Lehrkräfte Verhalten beurteilen (Göppel, 2010).

Im Vergleich mit den anderen Bereichen für Normsetzung sieht man, dass persönliche Wertvorstellungen nur einer von vielen möglichen Maßstäben ist, leider aber der subjektivste. Die Tragweite dieser Perspektive und ihre Subjektivität kommt dann zum Vorschein, wenn die Meinung von Lehrkräften über das Verhalten von denselben Schülern weit auseinander geht. Ein Beispiel für die Macht dieser Bezugsnorm zeigt eine Studie, die SPECK 1973 durchführen ließ (Speck, 1979). Dabei wurden Lehrkräfte von Volksschulen in Nürnberg vom Schulamt aufgefordert Schüler für eine geplante Schule für Verhaltensgestörte vorzuschlagen, worauf Lehrer 105 Schüler nannten. Da die Schule ein Jahr darauf noch nicht fertig war, wurde eine zweite Erhebung veranlasst, bei der 114 Schüler genannt wurden. Das Erstaunliche daran ist nicht die Differenz von 9 Schülern, sondern dass insgesamt nur 53 der im ersten Jahr genannten Schüler auch im zweiten Jahr genannt wurden. Alle anderen wurden offensichtlich nicht mehr als verhaltensgestört angesehen.

Diese Vielfalt an Bezugssystemen zeigt, wie verschiedenartig der Blick auf Verhalten sein kann. Dies sollte der Lehrkraft bei der Beurteilung stets bewusst sein und die herangezogenen Normen sollten kritisch hinterfragt werden. Als Orientierungshilfe für diese Reflexion bietet STEIN (2011) Leitfragen an, dargestellt in *Abbildung 1*.

- Welche der möglichen Normen liegt meiner Beurteilung zugrunde? Ist diese Norm sinnvoll gewählt?
- Welche Rechtfertigung habe ich für die Normen, die ich anlege? Inwiefern sind diese von ganz subjektiven ('statistischen') Erfahrungen geprägt?
- In welchem situativen Kontext erscheint die Auffälligkeit? Welche Bedeutung hat dieser für die Definition einer Normabweichung?
- Aus welchem überdauernden sowie welchem situativen Kontext heraus beurteile ich selbst das Verhalten und Erleben des Kindes oder Jugendlichen? Welche Bedeutung hat dies für die Definition einer Normabweichung?

*Abbildung 1: Orientierungshilfe zur Reflexion über Normen (Stein, 2011, S.29)*

So wichtig die Reflexion der zugrunde liegenden Normen bei der Beurteilung ist, so wichtig ist es auch sich letztendlich für bestimmte Normen als Beurteilungsmaßstäbe zu entscheiden. Aus pädagogischer Perspektive ist sonst keine Erziehung zu leisten, da sie der normativen Orientierung bedarf (Stein, 2011). Aus psychologisch-psychiatrischer Perspektive wäre auch keine Erfassung von *auffälligem* Verhalten in Form von Störungskategorien möglich. Aus dieser Relativität heraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine einzelne Norm nicht brauchbar ist, um an ihr eine Verhaltensstörung zu definieren. Aus diesem Grund beinhalten die heute gebräuchlichen Definitionen des Forschungsgegenstandes, ganz gleich welcher wissenschaftlichen Disziplin, mehrere Kriterien aus unterschiedlichen Bezugssystemen. Dies soll im folgenden Kapitel genauer dargelegt werden.

## **1.3 Begriffsfindung und Definition in der heutigen Zeit**

### **1.3.1 Begriffsfindung und Definition in der Pädagogik**

Im vorausgehenden Text wurde gezeigt, dass in der zurückliegenden Geschichte unterschiedliche Begriffe zur Beschreibung des Forschungsgegenstandes benutzt wurden und mit diesen unterschiedliche Sichtweisen verbunden sind. Ausserdem wurde gezeigt, dass jede Sichtweise von jeweils epochentypischen Bezugsmaßstäben und Normen geprägt ist. Im folgenden soll gezeigt werden, welche Begriffe heute hauptsächlich Verwendung finden und wie sie de-

finiert sind. Wie auch schon früher, gibt es heute eine relative Fülle an Begriffen. Um die Diskussion einzugrenzen, wird nur eine Auswahl an Begriffen betrachtet.

Am gebräuchlichsten heute ist zum einen der seit dem 1. Weltkongress für Psychiatrie etablierte Begriff *Verhaltensstörungen* (Göppel, 2010; Myschker, 2009), zum anderen der Begriff *Verhaltensauffälligkeiten* (Stein, 2011). Trotz ihrer weiten Verbreitung, werden beide Begriffe kritisch hinterfragt. Der Begriff *Verhaltensstörung* wird vor allem von SCHLEE (1989) als unzulänglich gesehen. Er besitzt für ihn eine heimliche Wertigkeit, da eine Verhaltensstörung in der Natur nicht beobachtet werden kann, sondern immer das Ergebnis einer Beurteilung anhand von Normen ist. Die Feststellung einer Verhaltensstörung ist für SCHLEE (1989, S.40) die „bewertende Stellungnahme zu einem beobachtbaren Sachverhalt“. Des Weiteren findet SCHLEE (1989) den Begriffsteil *Verhalten* zu vage, da im konkreten Fall nicht genau klar ist, was als *Verhalten* verstanden werden kann. MYSCHKER (2009) gibt SCHLEE (1989) insofern recht, indem er anmerkt, dass der Mensch sich verhält solange er lebt und somit Verhalten im Grunde nicht gestört sein kann, sondern nur „qualitativ oder quantitativ in Relation zu einer Norm anders oder verändert sein [kann]“ (Myschker, 2009, S.48). Diesen Bezug zu Normen sieht HILLENBRAND (2008) für den Begriff *Verhaltensstörungen* auch als problematisch, aber zugleich unvermeidbar. SCHLEE (1989) spricht dem Begriff ausserdem eine Definitionsmacht zu, die Erwachsenen in die Hände gegeben wird und durch die sie über Verhaltensweisen von Kindern urteilen können, ohne dass sich diese dagegen wehren können, da sie schwächer sind und eine Begründung selten verlangt wird. Ein weiterer Kritikpunkt SCHLEEs (1989) ist, dass Kindern und Erwachsenen durch den Begriff ein jeweils anderes Menschenbild zugeteilt wird. Dem Kind wird ein „mechanistisches Menschenbild“ (Schlee, 1989, S.43) zugeschrieben, da der Verhaltensbegriff nicht die Innensicht der Kinder zu ihrem Verhalten berücksichtigt, sondern nur die von außen beobachtbaren Merkmale. Es wird also nicht nach der Absicht der Kinder hinter ihrem Handeln gefragt. Die Begriffsbenutzer würden ein solchens Menschenbild nicht auf sich anwenden, da sie ihr eigenes Handeln als rational und sinnorientiert sehen würden (ebd.).

Der Begriff *Verhaltensauffälligkeiten* gilt als wertfreier und soll die Subjektivität der Beobachtung in den Vordergrund rücken (Leitner u.a., 2008). Ausserdem soll er weniger normgebunden und weniger diffamierend sein (Hillenbrand, 2008). Aus diesen Gründen wird er u.a. von Schlee, Hußlein, Fatke, Sauter, Kluge/Lützenkirchen, Bielefeld und Barkney verwendet

(Leitner u.a., 2008). MYSCHKER (2009) ist allerdings der Meinung, dass auch dieser Begriff Verstöße gegen Normen impliziert, was aber aus erzieherischer Perspektive notwendig ist, da sonst keine Erziehung möglich ist. Ausserdem soll es der Begriff schwer machen Kinder mit eher resignativen Verhaltensweisen mit einzuschließen, da unter *auffälligem* Verhalten eher extrovertiertes Verhalten verstanden wird, weil die Person dadurch leichter die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht (ebd.). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der Begriff auch positive Auffälligkeiten mit einbezieht, wie z.B. Hochbegabung (ebd.; Hillenbrand, 2009). Insgesamt findet MYSCHKER (2009), dass durch den Begriff die Gefahr besteht die Problematik des Themas zu verharmlosen, indem auch Kavaliersdelikte wie z.B. das Essen im Unterricht impliziert werden und der Begriff dementsprechend vage ist. Um MYSCHKERS (2009) Kritik entgegen zu treten, kann gesagt werden, dass es letztlich auf die Definition von Verhaltensauffälligkeiten ankommt, ob sie als kurzweiliges oder länger andauerndes Problem betrachtet werden oder ob sie Kavaliersdelikte umfassen. Im Hinblick auf die Kritik von SCHLEE (1989) bezüglich der Definitionsmacht des Begriffs *Verhaltensstörung*, ist es fraglich, ob diese Kritik nicht auch auf den Begriff *Verhaltensauffälligkeit* angewandt werden kann. Um SCHLEES (1989) Kritik der Wertigkeit des Begriffs zu entkräften, erklärt MYSCHKER (2009), dass jeder zunächst neutrale Begriff zur Diffamierung missbraucht werden kann, wie z.B. Spastiker oder Idiot. Deswegen muss daran gearbeitet werden die Einstellungen der Menschen zu ändern und nicht die Begriffe. SCHLEE (1989) selbst hat dieses Problem erkannt, sieht aber auch keine Lösung dafür. Um der diffamierenden Konnotation des Begriffs *Verhaltensstörung* zu entkommen, schlägt HILLENBRAND (2009) vor, ihn nicht adjektivisch, sondern nur als Substantiv zu gebrauchen. Man würde also von *Kindern mit Verhaltensstörungen* sprechen, nicht von *verhaltensgestörten Kindern*. Dadurch wäre eine Distanz von Verhalten und Person erkennbar und der Begriff somit wertneutral (ebd.). Dasselbe wäre für den Begriff Verhaltensauffälligkeiten denkbar.

Vor dem Hintergrund dieser problematischen Diskussion hat MYSCHKER (2009) eine Definition des Begriffs *Verhaltensstörung* versucht, die laut HILLENBRAND (2009) vielfältige Ebenen umfasst und der Komplexität des Themas gerecht wird:

Verhaltensstörung ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann. (Myschker, 2009, S.49)

MYSCHKERS (2009) Definition umfasst einige wichtige Punkte, die schon in der vorhergehenden Darstellung der aktuellen Diskussion auftauchten. Er verweist auf die Zeit- und Kulturspezifität von Erwartungsnormen, wodurch die Definition auch nach einer Änderung gesellschaftlicher Erwartungsnormen immer noch brauchbar wäre. Er benennt konkrete Entstehungsursachen sowie Folgen für das betroffene Kind, als auch die Notwendigkeit spezieller Hilfsmaßnahmen, wodurch der Schweregrad, ab dem von einer *Verhaltensstörung* gesprochen werden kann, festgelegt wird (Stein, 2011). Trotz ihrer Komplexität, ist für WILLMANN (2012) diese Definition für die Schulpraxis allerdings immer noch zu Abstrakt um eine bestimmte Gruppe von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren.

STEIN (2011) weist in Anlehnung an die Kritik von SCHLEE (1989) darauf hin, dass oft der Begriffsbestandteil *Verhalten* zu wenig hinterfragt wird. Unter Verhalten wird Umgangssprachlich meist nur sichtbares Agieren einer Person verstanden. Nach HÄCKER & STAPF (2009) ist Verhalten „jede physische Aktivität eines lebenden Organismus, die (im Ggs. zu psychischen Abläufen) grundsätzlich von anderen Beobachtern [...] feststellbar ist“. Nicht beachtet wird also das innere Erleben der Kinder und Jugendlichen, das sich der Beobachtung entzieht, also Gefühle und Gedanken oder Leid das Kinder und Jugendliche empfinden (Stein, 2011). Diese emotionale Dimension kommt in den Begriffen *Verhaltensstörung* und *Verhaltensauffälligkeiten*, und deshalb auch in MYSCHKERS (2009) Definition, zu kurz. Um diese Schwäche zu kompensieren verwenden OPP (2003, zitiert nach Hillenbrand, 2008) und GOETZE (2001, zitiert nach Hillenbrand, 2008) den erweiterten Begriff *Gefühls- und Verhaltensstörungen*.

Einen schulpraktischen Ansatz der Begriffsbestimmung bietet die Kultusministerkonferenz (1994; KMK) mit dem Begriff des *sonderpädagogischen Förderbedarfs*, der wie folgt definiert wird:

Sonderpädagogischer Förderbedarf ist bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung, des Erlebens und der Selbststeuerung anzunehmen, wenn sie in ihren Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten so eingeschränkt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule auch mit Hilfe anderer Dienste nicht hinreichend gefördert werden können. (KMK, 1994, S.5-6)

In einer Ergänzung zum Beschluss von 1994 wird bei einer weiteren Konferenz im Jahr 2000 der Begriff *Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung* folgendermassen spezifiziert:

Beeinträchtigungen im Erleben und sozialen Handeln stellen keine feststehenden und situationsunabhängigen Tatsachen dar, sondern unterliegen Entwicklungsprozessen, die durch veränderbare außerindividuelle Gegebenheiten beeinflusst werden können. Sie sind nicht auf unveränderliche Eigenschaften der Persönlichkeit zurückzuführen, sondern als Folge einer inneren Erlebens- und Erfahrungswelt anzusehen, die sich in Interaktionsprozessen im persönlichen, familiären, schulischen und gesellschaftlichen Umfeld herausbildet. Pädagogische Interventionen sind deshalb in erster Linie auf die Bereitstellung von Möglichkeiten zur Veränderung innerer Verhaltensmuster und zur individuellen Anpassung an äußere Rahmenbedingungen sowie auf den Erwerb und die Stärkung emotionaler und sozialer Fähigkeiten gerichtet. (KMK, 2000, S.4-5)

Anhand dieser Definition sollen bedürftige Kinder und Jugendliche in der Schulpraxis dem *Förderschwerpunkt emotionale und soziale Schwierigkeiten* zugeordnet werden, um sonderpädagogische Hilfe zu erhalten. Der Begriff hat also eine grosse Bedeutung für den Ausbau der Sonderpädagogik in der schulischen Praxis. Dabei handelt es sich aber eher um eine Umschreibung der Problemlage, nicht um eine wissenschaftliche Definition (Hillenbrand, 2008). Diese Ausrichtung auf die Schule macht die Definition nur für die Pädagogik brauchbar, nicht aber als interdisziplinären Begriff. Darüber hinaus steht diese Umschreibung auch vor dem Problem der praktischen Anwendbarkeit. Ähnlich wie MYSCHKERS Definition, bietet auch der Vorschlag der KMK keine klaren Kriterien für die Identifizierung von Kindern und Jugendlichen mit sozialem und emotionalem Förderbedarf (Willmann, 2012). Ein weiteres Problem wird im Vergleich mit MYSCHKERS (2009) Definition sichtbar. Auch die KMK (2000) verweist auf Beeinträchtigungen als wichtiges Merkmal. Allerdings sieht die KMK (2000) diese Beeinträchtigungen als das Produkt fehlgelaufener Interaktionsprozesse. Die Entstehungsursache wird also allein auf falsche Umwelteinflüsse zurückgeführt, was im Gegensatz zu MYSCHKERS Definition steht, wonach Verhaltensstörungen „organogen und/oder milieureaktiv bedingt“ (Myschker, 2009, S.49) sind. Es ist demnach nicht klar, ob *Verhaltensstörungen* und *sonderpädagogischer Förderbedarf* dieselben Kinder und Jugendliche beschreiben.

Die vorangegangene Diskussion hat gezeigt, dass es keinen objektiv besseren Begriff zur Bezeichnung der Thematik gibt, da keiner der heute gebräuchlichen Begriffe ohne Nachteile ist. Es existiert bislang kein offizieller Begriff in der Sonderpädagogik zur Benennung der Problematik und daher werden von Vertretern aus dieser Disziplin unterschiedliche Begriffe verwendet. Außerdem hat die Diskussion gezeigt, dass einheitliche Kriterien für Verhaltensauffällig-



keiten bislang fehlen. Das bedeutet, es gibt keine klaren Standards für die sonderpädagogische Praxis, welches Verhalten als auffällig, und damit als interventionsbedürftig zu werten ist. Diese Sachlage war ein Grund, warum die verglichenen Symptome zum größten Teil den besser standardisierten psychologischen Konstrukten aus dem DSM-5 entstammen.

### 1.3.2 Begriffe und Definitionen in der klinischen Psychologie und Psychiatrie

Im folgenden wird dargelegt, welche Begriffe und Definitionen in der klinischen Psychologie verwendet werden. Ein Blick darauf ist notwendig, da für den größten Teil der Auffälligkeiten, die hinsichtlich ihrer Symptomatik verglichen werden sollen, die diagnostischen Kriterien des DSM-5 verwendet wurden.

Eine Begriffsvielfalt wie in der Sonderpädagogik findet sich in den psychologischen Klassifikationswerken nicht. Im DSM wird der Begriff *psychische Störung* verwendet genauso wie in der ICD, was an der Standardisierung der Werke liegen mag. Die Definition des Begriffs *psychische Störung* stellt das Eingangskriterium für jede spezifische psychische Störung innerhalb des DSM-5 dar (APA, 2013) und ist somit entscheidend für das Verständnis des Gegenstandsbereichs aus Sicht dieser wissenschaftlichen Disziplin. Die Definition einer psychischen Störung als Eingangskriterium im DSM-5 ist wie folgt:

A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g. political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above.“ (APA, 2013, S.20)

Klar hervor tritt bei dieser Definition die subjektive Dimension der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen und das daraus entstehende Leid, das gegenüber alltäglichen bzw. erwartbaren Reaktionen auf Stressoren abgegrenzt wird. Explizit genannt als Bereich, in dem eine psychische Störung auftreten kann, ist die Ebene der Kognitionen, die bei MYSCHKER (2009) und der KMK (2000) nicht beachtet wird. Die Definition der APA verzichtet auf eine explizite Nennung von gesellschaftlichen Normen als Bewertungskriterien für das Vorhandensein einer Störung. Implizit sind solche Normen aber bei den Ausschlusskriterien er-

fasst, indem kulturell akzeptierte Reaktionsweisen ausgeschlossen werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass kulturell nicht akzeptierte Reaktionsweisen als Kriterium einer psychischen Störung gesehen werden können.

Vergleicht man diese Definition mit denen der Sonderpädagogik, sind es zwei Kriterien, die sich bei allen drei Definitionen finden. Zum einen das Abweichen des Verhaltens von kulturellen Normen und zum anderen die Beeinträchtigung wichtiger Funktionsbereiche durch das Verhalten. Trotz dieser Gemeinsamkeiten finden sich Unterschiede, durch die es fraglich erscheint, ob theoretisch derselbe Sachverhalt beschrieben wird.

#### **1.4 Klassifikation**

Da optimierte Klassifikationssysteme in der Sonderpädagogik noch ausstehen und hauptsächlich auf psychologische Konzepte zurückgegriffen wird (Stein, 2011), beschränkt sich die folgende Darstellung von Klassifikationssystemen auf die klinische Psychologie.

Unter Klassifikation versteht man allgemein das Ordnen von Elementen anhand gemeinsamer Merkmale. In der Wissenschaft dienen Klassifikationen prinzipiell dazu, die Vielfalt der beobachtbaren Phänomene zusammenzufassen und so einen Überblick über den Forschungsbereich zu schaffen (Heidenreich, Noyon & Erfert, 2008). Ausserdem können aus operationalisierten Klassifikationssystemen, die ein gemeinsames Bezugssystem und gleiche Begriffe verwenden, speziell in der klinischen Psychologie und Psychiatrie Diagnosen abgeleitet werden, wodurch es leichter ist eine Übereinstimmung zwischen Fachleuten zu erlangen (Fröhlich-Gildhoff, 2010). Für eine wissenschaftliche Klassifikation müssen zwei Grundsätze beachtet werden (Stein, 2011): Zum einen müssen klare Kriterien existieren, anhand derer eine Zuordnung geschieht. Zum anderen müssen die gebildeten Kategorien klar voneinander abgrenzbar sein. Letzteres bedeutet, dass die Kriterien es nicht möglich machen dürfen, einen Gegenstand in zwei verschiedene Klassen einzuordnen. Im folgenden werden zwei grundsätzliche Ansätze von Klassifikationssystemen vorgestellt. Anschließend wird erläutert, welche Rolle sie in der klinischen Psychologie und Psychiatrie spielen.

### 1.4.1 Kategoriale und dimensionale Klassifikationssysteme

Da sich der Ergebnissteil dieser Arbeit teilweise auf Symptome stützt, die einem kategorialen Klassifikationssystem entnommen wurden und teilweise auf Studien, die dimensionale Diagnoseinstrumenten zur Erfassung der Symptome verwendeten, werden im folgenden beide Systeme vorgestellt.

Bei der kategorialen Klassifikation werden deutlich voneinander abgrenzbare Kategorien gebildet (Döpfner, 2013). Sowohl das DSM-5 als auch die ICD-10 klassifizieren psychische Störung nach diesem System. Die spezifischen Störungen, z.B. die *Major Depression* oder *Selective Mutism*, stellen somit die einzelnen Kategorien dar, deren genaue Unterschiede durch die diagnostischen Kriterien festgelegt werden. Diese bestehen aus Symptomen (Kriterium A und B, *Abbildung 2*), Angaben zur mindestens benötigten Anzahl an Symptomen, sowie Angaben über die mindestens benötigte Dauer der Symptome (Kriterium C, *Abbildung 2*). Zusätzlich finden sich meistens Ausschlusskriterien, die darauf Hinweisen unter welchen Bedingungen eine andere Diagnose vorzuziehen ist (Kriterium E, *Abbildung 2*). Werden diese Kriterien erfüllt, kann die Diagnose gestellt werden.

- A. Consistent failure to speak in specific social situations in which there is an expectation for speaking (e.g. at school) despite speaking in other situations.
- B. The disturbance interferes with educational or occupational achievement or with social communication.
- C. The duration of the disturbance is at least 1 month (not limited to the first month of school).
- D. The failure to speak is not attributable to a lack of knowledge of, or comfort with, the spoken language required in the social situation.
- E. The disturbance is not better explained by a communication disorder (e.g. childhood-onset fluency disorder) and does not occur exclusively during the course of autism spectrum disorder, schizophrenia, or another psychotic disorder.

*Abbildung 2: Diagnostische Kriterien Selective Mutism (APA, 2013, S.195)*

Diese Art der Klassifikation impliziert, dass zwischen den einzelnen Kategorien qualitative Unterschiede bestehen, da die Kategorien als diskret betrachtet werden (Heidenreich u.a., 2008). Unter Berücksichtigung dieses Klassifikationssystems fällen Diagnostizierende absolute Entscheidungen, nämlich ob eine Störung vorliegt oder nicht (Kraemer, Noder, O'Hara, 2004). Dimensionale Klassifikationssysteme hingegen beruhen auf der Vorstellung, dass Merkmale zwischen Individuen nicht qualitativ, sondern quantitativ unterschiedlich sind (Hei-

denreich u.a., 2008). Das bedeutet, dass bestimmte Merkmale bei jedem Menschen vorhanden sind, aber in unterschiedlicher Intensität auftreten (Döpfner, 2013). Deshalb ist das Ziel der dimensionalen Diagnostik das Benennen der Ausprägung bestimmter Merkmale und nicht das Zuordnen von Personen zu bestimmten Störungskategorien (Heidenreich u.a., 2008). Trotzdem werden die beobachteten Verhaltensweisen auch bei der dimensionalen Klassifikation geordnet, allerdings in wenigeren und deshalb größeren Klassen. Zudem wird durch die Klassifikation nicht versucht Störungen zu bilden, sondern die Symptome anhand gemeinsamer Merkmale zu ordnen. Ein Modell zur dimensionalen Klassifikation und Diagnostik entwarf ACHENBACH (1991) mit dem *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASE-BA). Es enthält acht Verhaltensdimensionen, denen Symptome zugeordnet werden können. Diese acht Dimensionen können wiederum drei übergeordneten Dimensionen zugeordnet werden (s. *Abbildung 3*). Anhand dieser Dimensionen wurden Diagnoseinstrumente in Form von Fragebögen entwickelt, bei denen die Items jeweils einer der Problemskalen zugeordnet werden können (Fröhlich-Gildhoff, 2010).

Internalisierende Auffälligkeiten
<p><b>Sozialer Rückzug:</b> Kinder mit hoher Ausprägung auf der Skala mögen lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich, zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt.</p> <p><b>Körperliche Beschwerden:</b> Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen).</p> <p><b>Ängstlich/Depressiv:</b> Die Skala erfasst neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.</p>
Externalisierende Auffälligkeiten
<p><b>Dissoziales Verhalten:</b> Die Skala erfasst dissoziale Verhaltensweisen (z.B. Lügen, Stehlen, Schule-Schwänzen) und Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten (z.B. „ist lieber mit Älteren zusammen“).</p> <p><b>Aggressives Verhalten:</b> Die Skala erfasst verbal- und körperlich-aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit aggressivem Verhalten auftreten (z.B. „spielt den Clown“, „redet viel“, „sehr laut“).</p>
Gemischte Auffälligkeiten
<p><b>Soziale Probleme:</b> Die Skala erfasst vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten.</p> <p><b>Schizoid/Zwanghaft:</b> Die Skala erfasst neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten. Achenbach gibt dieser Skala die Bezeichnung „Thought Problems“.</p> <p><b>Aufmerksamkeitsprobleme:</b> Die Skala setzt sich aus Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und aus Items zusammen, die häufig in Verbindung mit hyperkinetischem Verhalten auftreten (z.B. „verhält sich zu jung“, „tapsig“).</p>

*Abbildung 3: Dimensionen psychischer Störungen nach Achenbach (Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2000, S.42)*

Obwohl die kategorialen Klassifikationssysteme aktuell mit der ICD-10 und dem DSM-5 die verbreitetsten sind, haben sie auch deutliche Nachteile. Durch die Zuordnung von Betroffenen zu Störungskategorien wird das *Schubladendenken* gefördert und die Betroffenen eher stigmatisiert als durch eine dimensionale Klassifikation. Die Zuordnung verschärft die gesellschaftliche Vorstellung der Andersartigkeit von Personen mit psychischen Störungen, da stereotype Vorstellungen die Homogenität dieser Gruppe suggerieren und Betroffene so nur noch anhand ihrer Störung definiert werden (Corrigan, 2007).

Ein weiterer Kritikpunkt ist die geringere Reliabilität von kategorialen Diagnosen. Diese besteht nicht so sehr zwischen den einzelnen Kategorien, sondern eher innerhalb einer einzelnen, da sich Diagnostizierende oft nicht einig sind bezüglich des Schwellwertes, um formal eine psychische Störung zu diagnostizieren (Brown & Barlow, 2005). Dabei herrscht weitgehend Einigkeit, dass die Grundmerkmale einer bestimmten Störung vorliegen, aber nicht darin, ob die Symptome in ausreichender Weise zu Beeinträchtigungen und Leid führen (ebd.).

Die Vorstellung von der diskontinuierlichen Natur psychischer Störungen, die mit dem kategorialen Ansatz einhergeht, wird durch die hohe Anzahl an Diagnosen der Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Störung* (Not Otherwise Specified; Übers. des Autors) in Frage gestellt (Widinger & Samuel, 2005). Diese Kategorie fängt alle Störungen innerhalb größerer diagnostischer Kategorien auf, die durch ihre Ausprägung nicht in spezifischere Kategorien passen (Fairburn & Bohn, 2005). Werden bei einer Person beispielsweise Symptome einer *Anorexia Nervosa* festgestellt, die zwar klinisch signifikant sind, aber nicht in ihrer Ausprägung die formalen Kriterien für die Diagnose der Störung erfüllen, so besteht die Möglichkeit eine *Nicht Näher Bezeichnete Essstörung* zu diagnostizieren. Aufgrund der Häufigkeit dieser Diagnose bestehen begründete Zweifel, dass psychische Störungen homogene Klassen sind. Somit decken die diagnostischen Kriterien kategorialer Klassifikationssysteme keine individuellen Ausprägungen ab und eventuell wertvolle Informationen für die klinische Beurteilung der Schwere und für die Therapieplanung gehen verloren (Brown & Barlow, 2005; Stein, 2012).

Ein weiterer Mangel wird in dem Komorbiditätsprinzip gesehen, worunter man das gemeinsame Vorkommen von zwei oder mehreren psychischen Störungen versteht. Da dem kategorialen Ansatz die Annahme qualitativer Unterschiede zwischen psychischen Störungen zu Grunde liegt, müssten sie jeweils auf unterschiedliche Entstehungsursachen zurückzuführen sein

und somit auf verschiedene Therapien ansprechen (Widinger & Samuel, 2005). Diese pathophysiologischen und ätiologischen Beweise sind aber nicht vorhanden (Krueger & Piasecki, 2002).

Des Weiteren wirkt das extrem hohe Vorkommen von Komorbidität artifiziell und es stellt sich die Frage, ob manche Störungen nicht besser als Mischformen beschrieben wären (Stein, 2012). So treten beispielsweise häufig *Major Depression* und *Generalisierte Angststörung* gemeinsam auf. Anstatt sie als separate Störungen zu behandeln, könnte eine gemischte Angst- und Affektstörung diagnostiziert werden, was neue Möglichkeiten bei der Therapieplanung ergeben könnte (ebd.). Bei diesem Lösungsvorschlag muss man allerdings bedenken, dass man Veränderungen innerhalb der kategorialen Klassifikation schafft, die oben genannten grundlegenden Probleme aber nicht ändert. Für eine Verbindung zwischen den komorbiden Störungen sprechen auch gemeinsame pathologische Merkmale, wie eine negative Affektivität, die sowohl bei der *Generalisierten Angststörung* als auch bei der *Major Depression* vorkommt (Widinger & Samuel, 2005).

Trotz aller Kritik spricht auch einiges für eine kategoriale Klassifikation. So ist es für eine formale Diagnose unabdingbar einen Schwellwert festzulegen, ab dem eine psychische Störung vorhanden ist. Das ist in der klinischen Praxis für die Begründung von Therapiemaßnahmen notwendig und in der Forschung zur Bestimmung von Populationsgrößen für epidemiologische Studien (Kessler, 2002). Retrospektive Erhebungen, um das Auftreten psychischer Störungen über eine ganze Lebensspanne zu dokumentieren, werden durch kategoriale Ansätze möglich, während dimensionale eher Momentaufnahmen sind (ebd.). In der klinischen Praxis ist es ausserdem notwendig grundlegende Informationen über einen Fall standardisiert und schnell zu kommunizieren, was besser mit einer kategorialen Klassifikation möglich ist (Stein, 2012). Bei einer dimensionalen Klassifikation würde es in der klinischen Praxis, und auch in der Forschung, eventuell Probleme bereiten die pathologischen Konstrukte zu artikulieren, wenn nicht auf einfache Formulierungen, wie die Kategoriebezeichnungen zurückgegriffen werden kann, und stattdessen komplexe Symptommuster beschrieben werden (ebd.). Dieser Punkt wirft die Fragen nach der Nützlichkeit dimensionaler Klassifikationssysteme in der klinischen Praxis auf und nach der Nutzerakzeptanz. Fragen, die wegen der extrem hohen Verbreitung von ICD-10 und DSM-5 in der klinischen Praxis nicht unwesentlich sind, denn alle Änderungen nützen wenig, wenn später nicht mit ihnen gearbeitet wird (First, 2005). Ein

Problem für die Nutzerakzeptanz wäre ein Bruch in der Verwaltung, der klinischen Praxis und der Forschung, zu dem es durch die Umstellung unweigerlich kommen würde (ebd.). Im Hinblick auf die restlichen klinischen Bereiche ausserhalb der Psychiatrie würde es zu Komplikationen beim Anfertigen ganzheitlicher Krankenakten kommen und bei der Erstellung wichtiger Statistiken, da diese Bereiche immer noch die kategoriale Klassifikation nutzen würde (ebd.). Die dimensional Diagnosen müssten ausserdem wieder in kategoriale umgewandelt werden, weil zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Deutschland laut § 295 SGB V das Kodiersystem des ICD benutzt werden muss. Aus diesen Gründen ist von einem abrupten Übergang eher abzuraten und den Übergang schrittweise zu gestalten (First, 2005).

Dass dieser schrittweise Übergang möglich ist und beide Systeme kompatibel sind, darüber herrscht weitgehend Einigkeit (Kraemer u.a., 2004; Stein, 2012). Den Herausgebern des DSM sind die Limitierungen kategorialer Klassifikationen bewusst und dimensionale Einflüsse sind im DSM-5 zu erkennen, wenn auch zögerlich. Diese Bemühungen zeigen sich durch Spektrum Konstruktionen (Stein, 2012), Möglichkeiten zur Spezifikation der Schwere einer Störung (s. *Abbildung 4*) und auch durch Auswahlmöglichkeiten bei der Symptomkonstellation. Letzteres meint die Vorgabe einer Reihe von Symptomen von denen jedoch nur eine bestimmte Anzahl für die Diagnose einer Störung vorhanden sein müssen.

Severity is based on the number of criterion symptoms, the severity of those symptoms and the degree of functional disability.

**Mild:** Few, if any, symptoms in excess of those required to make the diagnosis are present, the intensity of the symptoms is distressing but manageable, and the symptoms result in minor impairment in social or occupational functioning.

**Moderate:** The number of symptoms, the intensity of symptoms, and/or functional impairment are between those specified between „mild“ and „severe“.

**Severe:** The number of symptoms is substantially in excess of that required to make the diagnosis, the intensity of the symptoms is seriously distressing and unmanageable, and the symptoms markedly interfere with social and occupational functioning.

*Abbildung 4: Spezifikationen zur Schwere einer depressiven Störung (APA, 2013, S.188)*

Eine differenzierte Betrachtung der Gesamtsituation zeigt KRAEMER (2012). Sie stellt dar, dass es prinzipiell kein *besser* oder *schlechter* gibt, sondern der jeweilige Einsatzzweck entscheidet, ob ein System geeignet oder ungeeignet ist. So ist das dimensionale System aufgrund der höheren Teststärke geeigneter für das Testen von Hypothesen, das kategoriale Sys-

tem hingegen für alle Zwecke, bei denen Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden müssen (ebd.). Das impliziert auch, dass eine Diagnosestellung nur auf kategorialer Basis geschehen kann, denn letztendlich muss ein *Vorhanden* oder *Nicht vorhanden* ausgesprochen werden, um folgende Maßnahmen zu rechtfertigen. Häufig kritisierte Mängel bei kategorialen Diagnosen trotz geeignetem Einsatzgebiet sind oft darauf zurückzuführen, dass der Schwellwert nicht richtig bzw. willkürlich festgelegt wurde, was durch spezielle Verfahren jedoch gut verhindert werden kann (ebd.).

Bei der vorliegenden Arbeit wurde mit dem DSM-5 ein kategoriales Klassifikationssystem benutzt, um die Symptome psychischer Störungen zu erfassen. Es wurden nur die Symptome aus den diagnostischen Kriterien herausgearbeitet, ohne Berücksichtigung von Zeit-, Ausschluss- und Häufigkeitskriterien, die für den Zweck der Arbeit nicht relevant waren. Durch die ausschließliche Verwendung von Symptomen bleibt die Betrachtung der Störung rein deskriptiv und die Nachteile des kategorialen Klassifikationssystems fallen nicht ins Gewicht. Die häufige Diagnose von Störungen mit der Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Störungen*, die WIDINGER & SAMUEL (2005) beschreiben, zeigt, dass sich psychische Störungen nicht exakt gleich präsentieren, es also individuelle Ausprägungen gibt. Vor diesem Hintergrund kann es nicht Anspruch der vorliegenden Arbeit sein, alle Symptome einer psychischen Störung zu erfassen, sondern nur solche, die als wesentlich erachtet werden und dafür ist das DSM-5 gut geeignet.

Die Studien, in denen Symptome zu allen anderen Phänomenen außer den psychischen Störungen, z.B. sexueller Missbrauch, gefunden wurden, arbeiteten häufig mit einem dimensional diagnostischen Instrument. Aus diesem Grund finden sich auch Bezeichnungen von Dimensionen in dem Ergebnis teil der vorliegenden Arbeit, wie sie ACHENBACH (1991) benutzt.

#### **1.4.2 Das DSM und die ICD im Vergleich**

Im folgenden wird das in dieser Arbeit in seiner fünften Version verwendete DSM näher beschrieben und hinsichtlich Unterschieden und Gemeinsamkeiten mit der ICD verglichen.

Wie bereits erwähnt, sind die heute gebräuchlichsten Klassifikationssysteme psychischer Störungen das DSM und die ICD in ihren jeweils aktuellsten Versionen (Myers, 2008; Paulitsch, 2009; Döpfner, 2013). Während die ICD durch internationale Forscherteams aus mehr als 40



Ländern kompiliert wird, auch somatische Störungen beinhaltet und von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird, ist das DSM eine rein amerikanische Konzeption der *American Psychiatric Association* und konzentriert sich ganz auf psychische Störungen (Keller, 2000; Paulitsch, 2009). Die Herausgeber des DSM verfolgen seit dem DSM-III einen von theoretischen und ätiologischen Annahmen fast unabhängigen, deskriptiven Ansatz, was im wesentlichen auch für die aktuelle Auflage der ICD gilt (ebd.). Auch wenn beide Klassifikationssysteme insgesamt gleich bedeutend sind, ist ihr Einsatzgebiet doch leicht unterschiedlich. Die ICD wird eher in der klinischen Praxis der deutschsprachigen Länder und innerhalb der EU benutzt (Paulitsch, 2009). Die Krankenkassen fordern hier eine Klassifikation nach diesem System für die Abrechnung, was u.a. einen praktischen Hintergrund hat, da sowohl psychische als auch somatische Störungen kodiert werden können (Paulitsch 2009; Zimbardo 2008). In Nordamerika hingegen fordern die Krankenkassen eine Diagnose psychischer Störungen gemäß DSM (Myers, 2008). In der Forschung werden zwar beide Systeme verwendet, die DSM Klassifikationen jedoch häufiger (Keller, 2000). Ein weiterer bedeutender Unterschied zur ICD liegt in dem Eingangskriterium für psychische Störungen (ebd.), welches auch wieder im DSM-5 aufgenommen wurde. Dieses Eingangskriterium stellt die in Kapitel 1.3.2 vorgestellte Definition einer psychischen Störung dar. Insgesamt gesehen sind die Unterschiede zwischen ICD und DSM mittlerweile relativ gering geworden, da beide Systeme nach und nach einander angeglichen werden (Keller 2000; Myers 2008).

Letztendlich wurde für die vorliegende Arbeit das DSM-5 als Quelle für die Symptome psychischer Störungen gewählt, da es in der Forschung gebräuchlicher ist, die neueste Version von 2013 – im Gegensatz zu der 2011 erschienen Revision des ICD (ICD-10-GM) - auch neuere Studien mit einbezieht, die Diagnosekriterien noch besser empirisch abgesichert sind (Keller, 2000) und das subjektive Empfinden der Betroffenen noch stärker durch das Eingangskriterium gewichtet wird.

## 2 Methodik

Aufgrund der im Theorieteil beschriebenen konzeptuellen Schwierigkeiten wird im folgenden der Begriff *Phänomen* als Oberbegriff für alle *Verhaltensauffälligkeiten*, psychischen Störungen oder sonstigen Ereignissen oder Beeinträchtigungen benutzt, die Kinder und Jugendliche nachhaltig schädigen können.

### 2.1 Auswahl der Phänomene

Die Auswahl der Phänomene stützt sich auf die Ergebnisse einer im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft *Schülerauffälligkeiten* durchgeführten Umfrage. Lehrkräfte wurden an Grund-, Mittel- und Realschulen sowie an Gymnasien und beruflichen Schulen hinsichtlich ihres Interesses an bestimmten Phänomenen befragt (s. *Tabelle 1*).

ADHS und weitere hyperkinetische Störungen	Körperliche und motorische Behinderungen
ADS und/oder weitere Konzentrationsschwierigkeiten Aggression/Aggressivität	Kriminalität/Jugend-Delinquenz
Aggression/Aggressivität	Legasthenie/Lese-Rechtschreib-Schwäche
Alkohol- und Drogenmissbrauch	Mobbing
Amokdrohungen	Oppositionelles Trotzverhalten
Angst/Ängstlichkeit (insbesondere Schulangst und Prüfungsangst)	Probleme durch Trennung in der Familie
Anorexie (Magersucht)	Probleme nach traumatischen oder stark belastenden Ereignissen
Austismus-Spektrum-Störungen	Psychosen (z.B. Schizophrenie, Manie, schwere Depressionen)
Borderline-Syndrom	Psychosomatische Erkrankungen (körperliche Beschwerden als Folge psychischer Probleme)
Bulimie (Ess-Brechsucht)	Schuleschwänzen
Depressivität	Sehbehinderungen
Dyskalkulie (Beeinträchtigung des arithmetischen Denkens)	Selbstverletzendes Verhalten
Einnässen/Einkoten	Sexueller Missbrauch
Elektiver Mutismus (Kommunikation nur mit bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen)	Stottern/Stammeln
Epilepsie (Fallsucht/Krampfleiden)	Sucht/Suchtgefahr (z.B. Alkohol-, Computerspielsucht)
Extremer sozialer Rückzug	Suizidalität (Lebensmüdigkeit)
Geistige Behinderungen	Teilbegabungen (musikalisch, sportlich, sprachlich, etc.)
Generelle Lernbehinderungen	Tic-Störungen (Unwillkürliche Muskelkontraktionen)
Häusliche Gewalt	Trennungsangst
Herausragende sozial-emotionale Fähigkeiten	Verwahrlosung
Hochbegabung	Zwänge (innerer Drang bestimmte Dinge zu denken, oder zu tun)
Hörschädigung	

*Tabelle 1: Itemliste der Lehrerumfrage (Unveröffentlichte Studienarbeit, Titel und Autor unbekannt, Fakultät für Schulpädagogik, Ludwig-Maximilians-Universität München)*

Von den abgefragten Phänomenen wurden für die vorliegende Arbeit diejenigen ausgewählt, an denen mindestens 33% der Lehrkräfte an mindestens einer der Schularten ein Interesse signalisierten. Wird dieser Wert nicht erreicht, wird davon ausgegangen, dass das Interesse an dem betreffenden Phänomen bei der Lehrerschaft gering ist. Da die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in ein Handbuch speziell für Lehrkräfte einfließen sollen, wird diese Beschränkung zum einen den Wünschen der Zielgruppe gerecht, zum anderen soll so die Übersichtlichkeit gewährleistet werden. Die Phänomene, die das Grenzwert-Kriterium erfüllen, finden sich in *Tabelle 2*.

ADHS und weitere hyperkinetische Störungen	Hochbegabung
ADS und/oder weitere Konzentrationsschwierigkeiten	Kriminalität/Jugend-Delinquenz
Aggression/Aggressivität	Legasthenie/Lese-Rechtschreib-Schwäche
Alkohol- und Drogenmissbrauch	Mobbing
Amokdrohungen	Oppositionelles Trotzverhalten
Angst/Ängstlichkeit (insbesondere Schulangst und Prüfungsangst)	Probleme durch Trennung in der Familie
Anorexie (Magersucht)	Probleme nach traumatischen oder stark belastenden Ereignissen
Austismus-Spektrum-Störungen	Psychosomatische Erkrankungen (körperliche Beschwerden als Folge psychischer Probleme)
Borderline-Syndrom	Selbstverletzendes Verhalten
Bulimie (Ess-Brechsucht)	Sexueller Missbrauch
Depressivität	Stottern/Stammeln
Dyskalkulie (Beeinträchtigung des arithmetischen Denkens)	Sucht/Suchtgefahr (z.B. Alkohol-, Computerspielsucht)
Elektiver Mutismus (Kommunikation nur mit bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen)	Suizidalität (Lebensmüdigkeit)
Extremer sozialer Rückzug	Teilbegabungen (musikalisch, sportlich, sprachlich, etc.)
Generelle Lernbehinderungen	Verwahrlosung
Häusliche Gewalt	Zwänge (innerer Drang bestimmte Dinge zu denken, oder zu tun)

*Tabelle 2: Übersicht Phänomene (>= 33% Interesse bei Lehrerumfrage)*

Die in *Tabelle 2* dargestellten Phänomene sind sehr heterogen. Es finden sich psychische Störungen (z.B. Zwänge) sowie negative Erlebnisse (z.B. sexueller Missbrauch) von denen angenommen wird, dass sie das Verhalten und Erleben der Kinder und Jugendlichen nachhaltig schädigen können und somit Ursache für auffälliges Verhalten sein können. Des Weiteren finden sich überdurchschnittliche Begabungen, mit deren Vorhandensein auffälliges Verhalten auch assoziiert sein könnte. Letztendlich sind auch Phänomene vorhanden, die eher symptomhaften Charakter haben (z.B. Aggression/Aggressivität).

Diese Heterogenität beeinflusste die Suche nach Literatur zur Symptomatik der Phänomene. Alle Phänomene, für die Entsprechungen in den diagnostischen Kriterien des DSM-5 gefunden wurden, wurden als psychische Störungen behandelt. Die für die Lehrerumfrage verwendeten Bezeichnungen entsprechen nicht immer denen des DSM, obwohl einige Konzepte sich stark gleichen. Um eine möglichst einheitliche und standardisierte Quelle für die Symptome zu haben, wurde bei solchen Phänomenen aus der Lehrerumfrage, die nicht im Wortlaut einer Störung des DSM entsprachen, überprüft, ob sich im DSM-5 eine Störung findet, die sich mit dem entsprechenden Phänomen aus der Lehrerumfrage deckt. Aus diesen Gründen zeigt *Tabelle 3* für welche Bezeichnungen aus der Lehrerumfrage Entsprechungen im DSM-5 gefunden werden konnten. Da die neueste Version des DSM-5 zum Zeitpunkt der Literaturrecherche noch nicht auf Deutsch erschienen war, werden die Störungen mit der Englischen Bezeichnung angegeben.

<b>Lehrerumfrage</b>	<b>DSM-5</b>
ADHS und weitere hyperkinetische Störungen	Attention-Deficit (Hyperactivity) Disorder (ADHD)
ADS und/oder weitere Konzentrationsschwierigkeiten	
Aggression/Aggressivität	Conduct Disorder
Kriminalität/Jugend-Delinquenz	
Alkohol- und Drogenmissbrauch	Substance Use Disorder/Withdrawal
Sucht/Suchtgefahr (z.B. Alkohol-, Computerspielsucht)	
Angst/Ängstlichkeit (insbesondere Schulangst und Prüfungsangst)	Specific Phobia
Anorexie (Magersucht)	Anorexia Nervosa
Autismus-Spektrum-Störungen	Autism Spectrum Disorder
Borderline-Syndrom	Borderline Personality Disorder
Bulimie (Ess-Brechsucht)	Bulimia Nervosa
Depressivität	Major Depression
Dyskalkulie (Beeinträchtigung des arithmetischen Denkens)	Specific Learning Disorder with impairment in mathematics (Dyscalculia)
Elektiver Mutismus (Kommunikation nur mit bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen)	Selective Mutism
Legasthenie/Lese-Rechtschreib-Schwäche	Specific Learning Disorder with impairment in reading and written expression
Oppositionelles Trotzverhalten	Oppositional Defiant Behavior
Probleme nach traumatischen oder stark belastenden Ereignissen	Acute Stress Disorder
	Posttraumatic Stress Disorder
Stottern/Stammeln	Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)
Zwänge (innerer Drang bestimmte Dinge zu denken, oder zu tun)	Obsessive-Compulsive Disorder

*Tabelle 3: Bezeichnungen aus der Lehrerumfrage mit ihren Entsprechungen im DSM-5*

Wie in *Tabelle 3* zu sehen ist, wurden ADHS und ADS zusammengefasst, da die Symptome von ADS bei ADHS mit inbegriffen sind. Aggression/Aggressivität und Kriminalität/Jugenddelinquenz sind beide eher von symptomhaften Charakter und als solche die Hauptmerkmale der *Conduct Disorder* des DSM-5. Substanzmissbrauch und Substanzsucht werden im DSM-5 nicht mehr unterschieden und als eine Störung zusammengefasst, der *Substance Use Disorder*. Die Symptomatik in den diagnostischen Kriterien dieser Störung sind für Alkohol und Drogen gleich, nur jeweils auf die spezifische Substanz bezogen, weswegen Alkohol- und Drogenmissbrauch durch die *Substance Use Disorder* repräsentiert wird. Zusätzlich wurden Symptome erfasst, die bei Entzug einer *Substance Use Disorder* zu finden sind, repräsentiert durch *Withdrawal*. Bezog sich eine Übereinstimmung beim Vergleich auf Symptome des Entzugs wurde es im Text entsprechen durch *Substance Use Disorder/Withdrawal* gekennzeichnet. Das Konzept der Schul- und Prüfungsangst entspricht dem der *Specific Phobia*, deren allgemeine Kriterien jede Art spezifischer Angst abdecken. Probleme nach traumatischen und belastenden Ereignissen beschreibt die *Acute Stress Disorder* oder ihre länger andauernde Variante, die *Posttraumatic Stress Disorder*.

Solche Phänomene der Lehrerumfrage für die keine Entsprechung im DSM-5 gefunden werden konnte, wurden entweder in der vorliegenden Arbeit nicht als eigenes Phänomen berücksichtigt oder für sie wurde gesondert nach Literatur gesucht. Phänomene wurden dann nicht als eigenständig berücksichtigt, wenn sie als Symptom in bereits in die Suche einbezogenen Phänomenen vorhanden waren. Dies war der Fall für extremen sozialen Rückzug, den Komplex der psychosomatischen Störungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. So ergibt sich die komplette Liste der Phänomene, die in dieser Arbeit hinsichtlich ihrer Symptomatik verglichen werden, wie in *Tabelle 4* zu sehen. Es wurde außerdem versucht die Symptome zu ordnen.

Psychische Störung nach DSM-5	Negative Ereignisse	Sonstige mit Verhaltensauffälligkeiten assoziierte Phänomene
Attention-Deficit (Hyperactivity) Disorder (ADHD)	Physische Misshandlung	Amoktäter
Acute Stress Disorder (ASD)	Mobbingopfer	Hochbegabung
Anorexia Nervosa	Probleme durch Trennung in der Familie	Exzessives Videospielen
Autism Spectrum Disorder	Sexueller Missbrauch	
Borderline Personality Disorder	Verwahrlosung	
Bulimia Nervosa		
Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)		
Conduct Disorder		
Major Depression		
Obsessive-Compulsive Disorder		
Oppositional Defiant Behavior		
Posttraumatic Stress Disorder		
Selective Mutism		
Specific Learning Disorder with impairment in mathematics (Dyscalculia)		
Specific Learning Disorder with impairment in reading and written expression		
Specific Phobia		
Substance Use Disorder/Withdrawal		

*Tabelle 4: Im Vergleich benutzte Phänomene*

Bei allen in *Tabelle 4* gelisteten psychischen Störungen wurden die Symptome den diagnostischen Kriterien des DSM-5 entnommen. Weitere Angaben in den diagnostischen Kriterien, wie zur Dauer der Symptome oder zur mindestens geforderten Anzahl, wurden nicht berücksichtigt. Diese zusätzlichen Angaben sind zwar Kriterien für eine offizielle Diagnose der Störung, nicht aber Teil der zu beobachtenden Symptomatik. Einzige Ausnahme bezüglich der verwendeten Literatur stellen die *Specific Learning Disorders* dar, die zu den Lernstörungen zählen. Ihre diagnostischen Kriterien betreffen nicht den sozial-emotionalen Bereich, welcher aber für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse ist. Deswegen wurde für sie zusätzlich nach Literatur zu Verhaltensauffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich gesucht, gemäß demselben Prinzip wie nachfolgend beschrieben wird.

Fischbach, Mähler, Schuchardt & Hasselhorn (2010) fanden heraus, dass sich Kinder mit diagnostizierter Lernstörung hinsichtlich sozial-emotionaler Probleme nicht von Kindern mit einer Lernschwäche unterscheiden. Eine Lernschwäche wird von Fischbach et al. (2010) als eine schulische Minderleistung definiert, bei der im Gegensatz zur Lernstörung auch eine geminderte Intelligenz vorliegt. Aus diesem Grund wird das bei der Lehrerumfrage angegebene Phänomen der *Generellen Lernbehinderung*, von dem angenommen wird, dass es sich konzeptionell dem der Lernschwäche gleicht, nicht mit in den Vergleich aufgenommen. Die Symptomatik der *Specific Learning Disorders* im sozial-emotionalen Bereich wird in der vorliegenden Arbeit stellvertretend auch für die *Generelle Lernbehinderung* erhoben.

Der in der Lehrerumfrage benutzte Begriff *Häusliche Gewalt* wurde ersetzt durch den Begriff *physische Misshandlung*, da nach LEITNER u.a. (2008) physische Gewalt, sexueller Missbrauch und Verwahrlosung den Komplex der Kindesmisshandlung konstituieren. Da *Amokdrohungen* als solche nicht mit Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung stehen, wird der Begriff *Amoktäter* benutzt, um zu verdeutlichen, dass bei der Suche nach Literatur nach einem Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten und *Amoktätern* gesucht wird.

Die bei dem Item *Sucht* mit beinhaltetete *Computerspielsucht* wurde durch den Begriff *exzessives Videospielen* ersetzt. Die Forschung ist sich bislang uneins, ob *Computerspielsucht* wirklich als eine Sucht im Sinne der Alkohol- oder Drogensucht gesehen werden kann (Spekman, Konijn, Roelofsma & Griffiths, 2013). Dies mag auch der Grund sein, warum das DSM-5 bislang nur einen Vorschlag für diagnostische Kriterien einer *Internet Gaming Disorder* enthält, die als Ausgangspunkt für weitere Forschung gedacht sind. (APA, 2013).

Das Item *Mobbing* wurde zu *Mobbingopfer* geändert, um zu verdeutlichen, dass sich die im folgenden dargestellten Symptome auf Verhaltensauffälligkeiten bei Opfern von Mobbing beziehen. Im Wort Mobbing wären anderenfalls auch die Täter impliziert.

## **2.2 Literaturrecherche**

Eine gesonderte Literatursuche hinsichtlich assoziierter Verhaltensauffälligkeiten wurde durchgeführt für *Amoktäter*, *physische Misshandlung*, *Hoch- und Teilbegabung*, *Mobbingopfer*, *Probleme durch Trennung in der Familie*, *sexueller Missbrauch*, *Verwahrlosung* und die

*Specific Learning Disorders*. Für diese Literaturrecherche wurde die Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München benutzt, die Datenbanken *PsycINFO*, *PsychINDEX*, *PsycARTICLES* und *PsycBOOKS*, sowie die Suchmaschine *GoogleScholar*. Es wurde mit variierenden Suchbegriffen gearbeitet, wie z.B. *Verhaltens\* und sexueller Missbrauch* oder *sozio-emotionale Probleme und sexueller Missbrauch*, um die bereits im Theorieteil erwähnten unterschiedlichen gebräuchlichen Begriffe abzudecken. Darüber hinaus wurde die Suche nach dem selben Prinzip auch auf Englisch durchgeführt, um die Anzahl der relevanten Literatur zu erweitern. Hierfür wurden Suchbegriffe verwendet, wie z.B. *child sexual abuse and behavior problems* oder *child sexual abuse and social emotional problems*. Lehrbücher wurden weitestgehend nicht berücksichtigt, da Studienergebnisse darin nur präsentiert werden, oft ohne Näheres über die Studie selbst zu erfahren, wie z.B. das methodische Vorgehen.

Für Teilbegabungen in Verbindung mit Verhaltensauffälligkeiten wurde keine relevante Literatur gefunden. Die Recherche zur Hochbegabung ergab, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht signifikant mehr psycho-soziale Probleme aufweisen als ihre vergleichbare Altersgruppe (Garland & Ziegler, 1999) und sich auch die Qualität der gezeigten Auffälligkeiten nicht von Kindern und Jugendlichen ohne Hochbegabung unterscheidet (Gauck & Trommsdorf, 2009). Aus diesen Gründen wurde Teilbegabung aus dem Vergleich ausgeschlossen und für Hochbegabung nur solche charakteristischen Verhaltensweisen übernommen, die keine psycho-sozialen Probleme darstellten.

### **2.3 Vergleich der Symptomatik**

Für den Vergleich der Symptomatik wurde mit *OpenOffice Calculator* gearbeitet, einem Programm ähnlich *Microsoft Excel*. Die Symptome wurden einmal horizontal und einmal vertikal in ein Tabellenblatt eingetragen und jedem Symptom wurde eine Hintergrundfarbe zugeordnet, damit nachvollziehbar bleibt welches Symptom zu welchem Phänomen gehört. Dieser Farbcode wird in *Tabelle 5* aufgezeigt. Jedes der Symptome wurde mit den anderen verglichen und bei einer Übereinstimmung mit einem x in der Tabelle markiert. Eine Übereinstimmung wurde dann gewertet, wenn ein Symptom A einem Symptom B entweder im Wortlaut entsprach oder, was häufiger der Fall war, dasselbe Problemverhalten in anderen Worten beschrieb. Es wurde ausserdem eine Übereinstimmung gewertet, wenn Symptome indirekt mit anderen übereinstimmten. Dies war der Fall, wenn Phänomene mit anderen Phänomenen as-



soziiert waren, welche das Symptom enthielten das ursprünglich verglichen wurde. Vergleicht man beispielsweise die bei der *Acute Stress Disorder* vorkommenden Intrusionen mit den Symptomen der *Amoktäter*, so findet man direkt keine Übereinstimmung. *Amoktäter* wurden jedoch häufig sexuell missbraucht oder physisch misshandelt (Langman, 2009) und bei diesen beiden Gruppen finden sich Intrusionen. Das *Open Office Calculator* Tabellenblatt ist aus Platzgründen auf einer der Arbeit beigelegten Cd zu finden.

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)	Selective Mutism (SEM)
Acute Stress Disorder (ASD)	Specific Learning Disorder with Impairment in Mathematics (Dyscalculia) (SLD - mathematics)
Substance Use Disorder/Withdrawal (SUD)	Specific Learning Disorder with impairment in reading and written expression (SLD – reading and writing)
Anorexia Nervosa (AN)	Specific Phobia (SP)
Autism Spectrum Disorder (AUSD)	Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) (STU)
Borderline Personality Disorder (BPD)	Physische Misshandlung (PM)
Bulimia Nervosa (BN)	Mobbingopfer (MOB)
Conduct Disorder (CD)	Probleme durch Trennung in der Familie (PTF)
Exzessives Videospielen (EVS)	
Major Depression (MD)	Sexueller Missbrauch (SM)
Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)	Verwahrlosung (VER)
Oppositional Defiant Behavior (ODD)	Amokdrohungen/Amoktäter (AT)
Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)	Hochbegabung (HB)

*Tabelle 5: Farbcodes der Phänomene und Abkürzungen*

Die aus dem Vergleich gewonnenen Übereinstimmungen wurden dann in Gruppen zusammengefasst, welche nach dem Merkmal der Übereinstimmung benannt wurden. Dies war notwendig, da es kaum Übereinstimmungen im Wortlaut gab. Es musste also oft interpretiert werden, ob ein gemeinsames Merkmal zwischen zwei Symptomen existiert. Deshalb mussten charakteristische Eigenheiten eines Symptoms zu Gunsten der Zusammenfassung aufgegeben werden.

### 3 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Vergleichs und die daraus geschaffenen Gruppen werden im Folgenden präsentiert. Vorweg muss darauf hingewiesen werden, dass die nachfolgenden Symptome nicht zwingend bei Vorhandensein einer psychischen Störung oder eines negativen Ereignisses auftreten müssen. Die in Studien gefundenen Symptome für eines der Phänomene außer den psychischen Störungen beruhte stets auf einer statistisch höheren Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Für die Symptome aus dem DSM-5 gilt dasselbe. Sie können auftreten, müssen aber nicht. Das kann dadurch belegt werden, da oft nicht alle gelisteten Symptome zur Diagnose einer psychischen Störung vorhanden sein müssen. Außerdem gibt es bei psychischen Störungen oft individuelle Ausprägungen der Symptomatik, die sich in der häufigen Benutzung der Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Störung* des DSM manifestieren (Widinger & Samuel, 2005).

Intrusionen fanden sich bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Obsessive-Compulsive Disorder*, bei *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung* und bei *Amoktätern* (s. Tabelle 6). Intrusionen sind immer wiederkehrende, sich aufdrängende, ungewollte Gedanken oder Erinnerungen, die von dem Betroffenen als unangenehm und angsteinflößend empfunden werden (APA, 2013).

Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s) <b>Note:</b> In children, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed <sup>1</sup>
Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s) <b>Note:</b> In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed <sup>1</sup>
Attention problems, thought problems, social problems <sup>3,4</sup>
Recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted, and that in most individuals cause marked anxiety or distress <sup>1</sup>
Intrusive experiences <sup>9</sup>
Intrusive experiences <sup>9</sup>
Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s) <b>Note:</b> In children, there may be frightening dreams without recognizable content <sup>1</sup>
Intense or prolonged psychological distress or marked physiological reactions in response to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s) <b>Note:</b> In children, there may be frightening dreams without recognizable content <sup>1</sup>

Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble important aspects of the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the trauma <sup>1</sup>
Posttraumatic Stress Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

### *Tabelle 6: Intrusionen*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001.

Dissoziationen fanden sich bei der *Acute Stress Disorder*, der *Posttraumatic Stress Disorder*, der *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, sowie bei *Amoktätern* (s. *Tabelle 7*). Dissoziationen sind Unterbrechungen der normalen Integration von Bewusstsein, Erinnerung, Identität, Gefühlen, Wahrnehmung, Körperwahrnehmung, Bewegungssteuerung und Verhalten (APA, 2013).

Dissociative reactions (e.g. flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) <b>Note:</b> In children, trauma-specific play reenactment may occur <sup>1</sup>
An altered sense of one's surroundings or oneself (e.g. seeing oneself from another perspective, being in a daze, time slowing) <sup>1</sup>
Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs) <sup>1</sup>
Dissociative reactions (e.g. flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) <b>Note:</b> In children, trauma-specific play reenactment may occur <sup>1</sup>
Persistent or recurrent experiences of feeling detached from, and as one were an outside observer of, one's mental processes or body (e.g. feeling as though one were in a dream; feeling a sense of unreality of self or body or of time moving slowly) <sup>1</sup>
Persistent or recurrent experiences of unreality of surroundings (e.g. the world around the individual is experienced as unreal, dreamlike, distant, or distorted) <sup>1</sup>
Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs) <sup>1</sup>
Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms <sup>1</sup>
Thought problems, social problems <sup>3,4</sup>
Dissociation <sup>9</sup>
Dissociation <sup>9</sup>
Posttraumatic Stress Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

### *Tabelle 7: Dissoziationen*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Tabelle 8 zeigt bei welchen Phänomenen sich spezifische Ängste finden. Dazu zählen *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Schul- und Prüfungsangst (Specific Phobia)*, *Selective Mutism*, *Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)*, *sexueller Missbrauch* und *Amoktäter*. Der psychische Stress und die physiologischen Reaktionen bei der *Acute Stress Disorder* und der *Posttraumatic Stress Disorder* wurden als Zeichen einer spezifischen Angst gewertet, da sie durch Hinweisreize ausgelöst werden und nicht immer präsent sind. Auch bei *Selective Mutism* bedarf es einer spezifischen Situation, in der Betroffene nicht mehr sprechen. Da die Störung unter den Angststörungen im DSM-5 gelistet ist, wird davon ausgegangen, dass Angst der Grund für das Verstummen ist. Für *sexuellen Missbrauch* war die Übereinstimmung indirekt, durch die damit assoziierte *Posttraumatic Stress Disorder*. Da eine *Posttraumatic-Stress-Disorder* durch *sexuellem Missbrauch* ausgelöst werden kann, sind spezifische Ängste auch indirekt mit *sexuellem Missbrauch* assoziiert. Indirekt war auch die Übereinstimmung für *Amoktäter*. Charakteristisch für die spezifische Angst ist, dass sie sich auf ein bestimmtes Thema oder eine Situation beschränkt, welche unmittelbar präsent sein muss, um die Angst auszulösen. Dabei ist es nicht relevant, ob die Bedrohung real oder eingebildet ist. Die Angst äußert sich in der Regel auch durch eine erhöhte Aktivierung des autonomen Nervensystems, nötig für Kampf-oder-Flucht-Reaktionen (APA, 2013).

Intense or prolonged psychological distress or marked physiological reactions in response to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize resemble important aspects of the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the trauma <sup>1</sup>
Marked fear or anxiety about a specific object or situation (e.g., flying, heights, animals, receiving an injection, seeing blood) Note: In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing or clinging. <sup>1</sup>
Consistent failure to speak in specific social situations in which there is an expectation for speaking (e.g., at school) despite speaking in other situations <sup>1</sup>
The disturbance causes anxiety about speaking or limitations in effective communication, social participation, or academic and occupational performance, individually or in any combination <sup>1</sup>
Posttraumatic Stress Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

Tabelle 8: Spezifische Angst vor bestimmtem Objekt oder Situation

Fußnoten: <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Eine depressive Stimmung ist ein wesentliches Symptom einer *Major Depression*. Dieses Symptom findet sich außerdem bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*,

*Borderline Personality Disorder*, bei *sexuellem Missbrauch*, unter den *Problemen nach Trennung in der Familie*, bei *Verwahrlosung*, bei *physischer Misshandlung*, bei *Amoktättern*, bei *Mobbingopfern* und bei *exzessivem Videospielen* (s. *Tabelle 9*). Betroffene der *Borderline Personality Disorder* zeigen eine ausgeprägte Instabilität des Affekts, was zu extremen Stimmungsschwankungen führt. Daher ist eine depressive Stimmung anders als bei der *Major Depression* nicht die vorherrschende Stimmungslage, sondern nur ein Teil der möglichen Stimmungslagen. Weil das Symptom zumindest zeitweise präsent sein kann, wurde es als übereinstimmend gewertet. Bei Kindern und Jugendlichen kann sich dieses Symptom auch als Geiztheit äußern (APA, 2013).

Persistent inability to experience positive emotions (e.g. inability to experience happiness, satisfaction or loving feelings) <sup>1</sup>
Persistent inability to experience positive emotions <sup>1</sup>
Chronic feelings of emptiness <sup>1</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Depressed mood most of the day, nearly every day as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful) ( <b>Note:</b> In children and adolescents, can be irritable mood.) <sup>1</sup>
Posttraumatic Stress Disorder <sup>8</sup>
Internalisierendes Verhalten (Depressionen) <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Internalizing Behavior (Depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 9: Depressive Stimmung (Kann sich bei Kindern und Jugendlichen als gereizte Stimmung äußern)*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olsson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Ein Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit Ängsten findet sich bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, bei *Prüfungs- und Schulangst (Specific Phobia)* und bei *sexuellem Missbrauch* (s. Tabelle 10). Das, was der Betroffene fürchtet, und deswegen vermeiden will, kann entweder ein Ort oder eine Situation sein, aber auch unangenehme Gedanken oder Gefühle. Im Fall der *Borderline Personality Disorder* haben Betroffene Angst davor von Bezugspersonen alleine gelassen zu werden, auch wenn das nur ihrer subjektiven Sichtweise entspricht (APA, 2013).

Efforts to avoid distressing memories, thoughts or feelings about or closely associated with the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Avoidance of or efforts to avoid distressing memories, thoughts or feelings about or closely associated with the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment <b>Note:</b> Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5 <sup>1</sup>
The phobic object or situation is actively avoided or endured with intense fear or anxiety <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>

Tabelle 10: Vermeidungsverhalten in Zusammenhang mit Ängsten

Fußnoten: <sup>1</sup>APA, 2013, <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001.

Da Angst ein wesentlicher - aber nicht alleiniger - Grund sein kann warum Kinder und Jugendliche von der Schule fern bleiben, ist das Schuleschwänzen konzeptuell eng mit dem Vermeidungsverhalten verbunden. Übereinstimmungen fanden sich bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Schul- und Prüfungsangst (Specific phobia)*, bei *sexuellem Missbrauch*, der *Conduct Disorder*, *Substance Use Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, bei *Verwahrlosung*, *physischer Misshandlung*, *Mobbingopfern*, bei den *Problemen durch Trennung in der Familie* und bei *Amoktättern* (s. Tabelle 11). Das Schuleschwänzen aus Angst könnte auf ein Trauma zurückzuführen sein, dass in der Schule geschehen ist, was durch die *Acute Stress Disorder* und die *Posttraumatic-Stress-Disorder* repräsentiert wird. Bei den *Specific Learning Disorders* wäre ein Fernbleiben von der Schule auch aus Angst (z.B. vor Bloßstellung) denkbar. Das erfasste Symptom lässt aber keinen Rückschluss auf die Ursache für das eventuelle Fernbleiben zu, da lediglich regelverletzendes Verhalten (*Externalizing behavior/Delinquent*) in der zugehörigen Literatur gefunden wurde, was als Übereinstimmung mit Schuleschwänzen gewertet wurde. Das bei der *Alcohol Use Disorder* vorkommende Nichterfüllen wichtiger Rollenerwartungen, u.a. in der Schule, wurde so interpretiert, dass das Besuchen der Schule als eine wichtige Rollenerwartung angesehen werden kann.

Efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Avoidance of or efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s) <sup>1</sup>
The phobic object or situation is actively avoided or endured with intense fear or anxiety <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Is often truant from school, beginning before age 13 years <sup>1</sup>
Recurrent alcohol use resulting in a major failure to fulfill major role obligations at work, school, or home <sup>1</sup>
Externalizing Behavior (Delinquent) <sup>2,3,4</sup>
Externalizing Behavior: Delinquent <sup>7</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Externalizing behavior <sup>5,6</sup>
Alcohol Problems <sup>12</sup>
Frequent excessive drinking <sup>25</sup>
Other substance use <sup>25</sup>
Externalizing Behavior: Delinquency <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 11: Schuleschwänzen*

*Fußnoten:*<sup>1</sup>APA, 2013;<sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Kniv-berg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002;<sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001;<sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000;<sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005;<sup>23</sup>Langman, 2009.

Schlafprobleme fanden sich bei *Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, Learning Disorders, Major Depression, Substance Use Disorder/Withdrawal, Verwahrlosung, sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung, Amoktätern, Mobbingopfern, Borderline Personality Disorder* und *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 12).

Sleep disturbance (e.g. difficulty falling or staying asleep or restless sleep) <sup>1</sup>
Sleep disturbance (e.g. difficulty falling or staying asleep or restless sleep) <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Insomnia or hypersomnia nearly every day <sup>1</sup>
Insomnia <sup>1</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>

Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 12: Schlafprobleme*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Verhaltensweisen, die sich als aggressives und aufbrausendes Verhalten zusammenfassen lassen, fanden sich bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Conduct Disorder*, *Oppositional Defiant Disorder*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Amoktättern* und *exzessivem Videospielen* (s. *Tabelle 13*). Dazu werden gemäß ACHENBACH (1991) auch Verhaltensweisen gezählt, die sich bei der *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* finden.

Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical expression toward people or objects <sup>1</sup>
Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects <sup>1</sup>
Often talks excessively <sup>1</sup>
Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people's sentences; cannot wait for turn in conversation) <sup>1</sup>
Often has difficulty waiting for his or her turn (e.g., while waiting in line) <sup>1</sup>
Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing) <sup>1</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>



Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights) <sup>1</sup>
Externalizing Behavior (Delinquent, Aggressive) <sup>2,3,4</sup>
Often initiates physical fights <sup>1</sup>
Often bullies, threatens or intimidates others <sup>1</sup>
Often loses temper <sup>1</sup>
Is often touchy or easily annoyed <sup>1</sup>
Is often angry and resentful <sup>1</sup>
Often deliberately annoys others <sup>1</sup>
Often blames others for his or her mistakes or misbehavior <sup>1</sup>
Has been spiteful or vindictive at least twice within the past 6 months <sup>1</sup>
Externalizing behavior <sup>5,6</sup>
Externalizing Behavior: Aggressive <sup>7,9</sup>
Aggressive behavior <sup>5</sup> and Anger <sup>9, 11, 13</sup>
Externalizing Behavior: Aggression <sup>15, 17, 18</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Aggression <sup>32, 33, 34, 35</sup>

*Tabelle 13: Aggressives und aufbrausendes Verhalten (verbal oder physisch)*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olsson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>13</sup>Springer, Sheridan, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>32</sup>-Konijn, Bijvank & Bushman, 2007; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011; <sup>34</sup>Uhlmann & Swanson, 2004; <sup>35</sup>Anderson, 2003.

Hypervigilanz wurde bei folgenden Phänomenen beobachtet: *Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, sexuellem Missbrauch und Amoktättern* (s. Tabelle 14). Unter Hypervigilanz wird eine übermäßig erhöhte Wachsamkeit verstanden, bei der Betroffene ständig ihre Umwelt nach bedrohlichen Reizen absuchen. Sie findet sich bei hochängstlichen Personen und ist somit eine überdauernde Disposition einer Person. (Eyseneck, 1992, zitiert nach Stöber & Schwarzer, 2000).

Hypervigilance <sup>1</sup>
Hypervigilance <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 14: Hypervigilanz*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Konzentrationsprobleme stehen in Verbindung mit der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Major Depression*, *Verwahrlosung*, mit *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Hochbegabung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Amoktättern*, *Mobbingopfern* und *exzessivem Videospielen* (Tabelle 15).

Problems with concentration <sup>1</sup>
Problems with concentration <sup>1</sup>
Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate) <sup>1</sup>
Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g. has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading) <sup>1</sup>
Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction) <sup>1</sup>
Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores or duties in the workplace (e.g., starts tasks but quickly loses focus and is easily sidetracked) <sup>1</sup>
Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g. difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines) <sup>1</sup>
Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g. school work or homework; for older adolescents and adults, preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers) <sup>1</sup>
Often loses things necessary for tasks or activities (e.g. school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, etc.) <sup>1</sup>
Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts) <sup>1</sup>
Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, etc) <sup>1</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Attention problems <sup>3,4</sup>
Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others) <sup>1</sup>
Inattentive <sup>6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder <sup>5, 11</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Tagträumen wegen Unterforderung <sup>31</sup>
Folgen Unterricht nicht, liefern unterdurchschnittliche Leistungen oder werden aus Langeweile zum Klassenkasper <sup>31</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 15: Konzentrationsprobleme*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olsson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridan, Kuoc & Carnes, 2007; <sup>31</sup>Leitner, Ortner & Ortner, 2008; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kalttila-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Eine erhöhte Schreckhaftigkeit wurde bei der *Acute Stress Disorder*, *Posttraumatic Stress Disorder*, *Autism Spectrum Disorder*, bei *sexuellem Missbrauch* und *Amoktättern* gefunden (s. *Tabelle 15*) und kann genauso wie Hypervigilanz als Symptom einer hochängstlichen Person gesehen werden.

Exaggerated startle response <sup>1</sup>
Exaggerated startle response <sup>1</sup>
Hyper- or hyporeactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment (e.g., apparent indifference to pain or temperature, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement) <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 16: Erhöhte Schreckhaftigkeit*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Ein geringes Selbstkonzept bzw. Selbstwertgefühl fand sich bei der *Posttraumatic Stress Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Major Depression*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Amoktättern*, *Mobbingopfern* und *exzessivem Videospielen* (s. *Tabelle 17*).

Persistent and exaggerated negative beliefs or expectations about oneself, others, or the world (e.g. „I'm bad“, „No one can be trusted“, „The world is completely dangerous“, „My whole nervous system is permanently ruined“) <sup>1</sup>
Identity disturbance: markedly and persistent unstable self-image or sense of self <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Depressed) <sup>2,3,4</sup>
Geringeres Selbstkonzept <sup>4</sup>
Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick) <sup>1</sup>
Negative mental representations of themselves <sup>6</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Impaired self-reference <sup>9</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Störungen des Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins <sup>15</sup>
Lower Self-Concept (Self-Esteem) <sup>15, 17, 19</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 17: Geringes Selbstkonzept/Selbstwertgefühl*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>19</sup>Sun & Li, 2002; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Schuldgefühle kommen vor allem im Zuge depressiver Symptomatik vor. Deswegen wurden alle Symptome, die Depressivität kennzeichnen als übereinstimmend gewertet.. Übereinstimmungen fanden sich zwischen der *Posttraumatic Stress Disorder*, *Major Depression*, *sexuellem Missbrauch*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Borderline Personality Disorder*, *Specific Learning Disorders*, *Verwahrlosung*, *physischer Misshandlung*, *Amoktättern*, *Mobbingsopfern* und *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 18).

Persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others. <sup>1</sup>
Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick) <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Schuldgefühle (Kinder geben sich selbst Schuld an Trennung der Eltern) <sup>15</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 18: Schuldgefühle*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kalltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Symptome, die mit sozialem Rückzug in Verbindung stehen, fanden sich bei der *Posttraumatic Stress Disorder*, *Acute Stress Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Major Depression*, *Substance Use Disorder*, bei *Selective Mutism*, der *Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Amoktättern*, *Mobbingopfern* und bei *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 19). Da sozialer Rückzug ein wesentliches Symptom der *Major Depression* ist, wurden alle Phänomene als übereinstimmend gewertet, die mit Depressionen assoziiert sind.

Markedly diminished interest or participation in significant activities <sup>1</sup>
Persistent inability to experience positive emotions (e.g. inability to experience happiness, satisfaction or loving feelings) <sup>1</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>

Internalizing Behavior (Withdrawn, Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by subjective account or observation) <sup>1</sup>
Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use <sup>1</sup>
The disturbance interferes with educational or occupational achievement or with social communication <sup>1</sup>
The disturbance causes anxiety about speaking or limitations in effective communication, social participation, or academic and occupational performance, individually or in any combination <sup>1</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Withdrawn <sup>7</sup> , Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup> , Withdrawn <sup>15, 16, 17</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Täter sind meist introvertierte Einzelgänger oder besitzen in ihrer subjektiven Sichtweise keine funktionsfähigen sozialen Strukturen <sup>21, 22</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Withdrawn <sup>26</sup>
Internalizing behaviour (Withdrawn) <sup>33</sup>

*Tabelle 19: Sozialer Rückzug*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>22</sup>Bondü, 2010; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Selbstzerstörerisches Verhalten fand sich bei der *Posttraumatic Stress Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, *Alcohol/Substance Use Disorder*, bei *Bulimia Nervosa*, *sexuellem Missbrauch*, *Amoktättern* und *Mobbingopfern* (s. Tabelle 20). Diese Verhaltensweisen können gewollt auf Selbstverletzung abzielen, wie bei der *Borderline Personality Disorder*, oder wie bei der *Bulimia Nervosa* einfach nur Folge des Verhaltens sein. Des Weiteren kann die Selbstverletzung auf mehrere Arten erreicht werden, wie Alkohol, Drogen, Essverhalten oder autoaggressives Verhalten.

Reckless or self-destructive behavior <sup>1</sup>
Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating) <b>Note:</b> Do not include self-mutilating behavior covered in Criterion 5) <sup>1</sup>
Self-mutilating behavior <sup>1</sup>
Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous <sup>1</sup>
Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. <i>Significantly low weight</i> is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected <sup>1</sup>
Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following: 1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating) <sup>1</sup>
Posttraumatic-Stress-Disorder <sup>8</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Bulimia (boys only) <sup>25</sup>

*Tabelle 20: Selbstzerstörerisches Verhalten (durch Alkohol, Drogen, Essverhalten oder Auto-aggression)*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Motorische Unruhe kann auftreten bei der *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Major Depression*, *physischer Misshandlung*, bei *Amoktättern*, der *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, der *Posttraumatic Stress Disorder*, *Acute Stress Disorder*, *Mobbingopfern* und bei *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 21). Obwohl die Unruhe in so vielen Phänomenen vorhanden sein kann, liegt ihr Ursprung entweder immer in einer depressiven Symptomatik, im Sinne der *Major Depression*, oder einer *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*.

Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat <sup>1</sup>
Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down) <sup>1</sup>
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder <sup>5, 11</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>

Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Persistent inability to experience positive emotions <sup>1</sup>
Persistent inability to experience positive emotions (e.g. inability to experience happiness, satisfaction or loving feelings) <sup>1</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 21: Motorische Unruhe*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

*Tabelle 22* zeigt Symptome, die mit einer gestörten Impulskontrolle assoziiert sind. Diese fanden sich bei der *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Bulimia Nervosa*, *Borderline Personality Disorder*, bei *physischer Misshandlung* und *Amoktättern*. Für *Amoktäter* ergab sich eine indirekte Übereinstimmung zweiten Grades, da sich eine gestörte Impulskontrolle direkt bei der *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* findet, welche wiederum häufig bei physisch misshandelten Kindern und Jugendlichen auftritt. Da *Amoktäter* oft traumatisiert waren, besteht die Möglichkeit, dass auch für sie ein erhöhtes Risiko einer gestörten Impulskontrolle besteht.

Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people's sentences; cannot wait for turn in conversation) <sup>1</sup>
Often has difficulty waiting for his or her turn (e.g., while waiting in line) <sup>1</sup>
Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing) <sup>1</sup>
Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following: 1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating) <sup>1</sup>
Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating) <b>Note:</b> Do not include self-mutilating behavior covered in Criterion 5) <sup>1</sup>
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder <sup>5, 11</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 22: Gestörte Impulskontrolle*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>23</sup>Langman, 2009.



Suizidales Verhalten kann vorkommen bei der *Borderline Personality Disorder*, den *Learning Disorders*, der *Major Depression*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Amoktättern*, *Mobbingopfern* und *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 23).

Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide <sup>1</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Selbstmord/Selbstmordversuche in extremen Fällen <sup>15</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Suizidalität <sup>25, 26, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 23: Suizidales Verhalten*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Ängstlichkeit wurde übereinstimmend gefunden bei *physischer Misshandlung*, den *Specific Learning Disorders*, *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *Problemen durch Trennung in der Familie*, *Mobbingopfern*, *Amoktättern* und *exzessivem Videospielen* (s. Tabelle 24). Obwohl Angst und Ängstlichkeit sich konzeptuell überschneiden, unterscheiden sie sich auch in wesentlichen Punkten. Ängstlichkeit meint die Antizipation zukünftiger Bedrohung, wobei Angst sich auf unmittelbare Bedrohungen bezieht (APA, 2013). Somit stellt Ängstlichkeit ein grundlegendes Persönlichkeitsmerkmal dar, dass Betroffene in einer Vielzahl an Situationen ängstlich reagieren lässt (Stöber & Schwarzer, 2000). Damit gibt es für Ängstlichkeit keine genaue Quelle der Angst und sie bezieht sich nicht auf spezifische Situationen und Objekte.

Aus diesem Grund wurde zwischen spezifischer Angst in *Tabelle 8* und Ängstlichkeit in *Tabelle 24* unterschieden.

Anxiety <sup>5, 9, 11, 13</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Anxiety <sup>7,9</sup>
Internalizing behaviour: Anxiety <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Anxiety <sup>25, 26</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

*Tabelle 24: Ängstlichkeit*

*Fußnoten:* <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olsson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

*Tabelle 25* zeigt Symptome eines Essverhaltens, dass durch geringe Energiezufuhr gekennzeichnet ist und daher zu Gewichtsverlust führt. Diese Symptome fanden sich bei der *Anorexia Nervosa*, *Major Depression* und bei *Mobbingopfern*. *Tabelle 26* zeigt umfassendere Maßnahmen, durch die ein Gewichtsverlust erreicht werden kann, welche sich bei *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* und *Mobbingopfern* fanden. Diese Maßnahmen sind weitgreifender als lediglich eine reduzierte Nahrungsaufnahme und umfassen den Missbrauch von Abführmitteln und selbstinduziertes Erbrechen, ebenso wie beispielsweise exzessives Sporttreiben. Bei *Mobbingopfern* wurde ein signifikant höheres Vorkommen einer *Bulimia Nervosa* nur für Jungen festgestellt. Konträr zu den Symptomen aus *Tabelle 25* und *Tabelle 26* wurden Fressattacken bei *Bulimia Nervosa*, *Major Depression* und *Mobbingopfern* gefunden, dargestellt in *Tabelle 27*. In *Tabelle 28* finden sich Symptome, die mit einem verzerrten Körperbild bzw. einem unangemessen hohen Stellenwert des Körperbildes verbunden sind. Diese fanden sich bei der *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* und bei *Mobbingopfern*.

Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. *Significantly low weight* is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected<sup>1</sup>

Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)<sup>1</sup>

Anorexia<sup>25</sup>

### *Tabelle 25: Gewichtsreduzierendes Essverhalten*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight<sup>1</sup>

Recurrent inappropriate compensatory behaviors in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise<sup>1</sup>

Anorexia<sup>25</sup>

Bulimia (boys only)<sup>25</sup>

### *Tabelle 26: Gewichtsreduzierende Maßnahmen*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:  
1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar<sup>1</sup> period of time under similar circumstances  
2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)<sup>1</sup>

Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)<sup>1</sup>

Bulimia (boys only)<sup>25</sup>

### *Tabelle 27: Fressattacken*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight<sup>1</sup>

Self-evaluation is unduly influenced by body shape or weight<sup>1</sup>

Anorexia<sup>25</sup>

Bulimia (boys only)<sup>25</sup>

### *Tabelle 28: Verzerres Körperbild/Unangemessen hoher Stellenwert des Körperbildes*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Defizite im Lernen und eine damit verbundene schlechte Schulleistung sind assoziiert mit den *Specific Learning Disorders*, der *Substance Use Disorder*, *Selective Mutism*, der *Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)*, *physischer Misshandlung*, *Verwahrlosung*, *sexuellem*

*Missbrauch, Problemen durch Trennung in der Familie, Mobbingopfern und Amoktätern* (s. Tabelle 29). Speziell Defizite in der Schriftsprache fanden sich für die *Specific Learning Disorders* (*Impairment in written expression*) und *Hochbegabung* (s. Tabelle 30).

Inaccurate or slow and effortful reading (e.g., reads single words aloud incorrectly or slowly and hesitantly, frequently guesses words, has difficulty sounding out words) <sup>1</sup>
Difficulty understanding the meaning of what is read (e.g., may read text accurately but not understand the sequence, relationships, inferences, or deeper meanings of what is read) <sup>1</sup>
Difficulties with spelling (e.g., may add, omit, or substitute vowels or consonants) <sup>1</sup>
Difficulties with written expression (e.g., makes multiple grammatical or punctuation errors within sentences; employs poor paragraph organization; written expression of ideas lacks clarity) <sup>1</sup>
Difficulties mastering number sense, number facts, or calculation (e.g., has poor understanding of numbers, their magnitude, and relationships; counts on fingers to add single-digit numbers instead of recalling the math fact as peers do; gets lost in the midst of arithmetic computation and may switch procedures) <sup>1</sup>
Difficulties with mathematical reasoning (e.g., has severe difficulty applying mathematical concepts, facts, or procedures to solve quantitative problems) <sup>1</sup>
Negativere Schuleinstellung, weniger Lernfreude, geringere Anstrengungsbereitschaft <sup>4</sup>
Recurrent alcohol use resulting in a major failure to fulfill major role obligations at work, school, or home <sup>1</sup>
The disturbance interferes with educational or occupational achievement or with social communication <sup>1</sup>
The disturbance causes anxiety about speaking or limitations in effective communication, social participation, or academic and occupational performance, individually or in any combination <sup>1</sup>
Lower overall school performance, more grade repeats <sup>5</sup>
Low academic achievement <sup>5,6</sup>
Poor Academic Achievement <sup>8</sup>
Lower educational attainment (high school graduation, years of education) <sup>16, 17, 19, 20</sup>
Häufig Opfer von Bullying <sup>22</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Low school achievement <sup>30</sup>

*Tabelle 29: Defizite im Lernen und geringe Schulleistung*

*Fußnoten:*<sup>1</sup>APA, 2013; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>19</sup>Sun & Li, 2002; <sup>20</sup>Frisco, Muller & Frank, 2007; <sup>22</sup>Bondü, 2010; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>30</sup>Glew, Fan, Katon, Rivara & Kernic, 2005.

Difficulties with spelling (e.g., may add, omit, or substitute vowels or consonants) <sup>1</sup>
Geringe motorische Kontrolle möglich (Gedanken oft schneller als die eingeschränkte Möglichkeit diese schriftlich auszudrücken, was zu falschen Buchstabenanordnungen oder schlechter Satzkonstruktion führt – also eine unleserliche schriftliche Leistung, die nicht zu den sonst guten Unterrichtsbeiträgen passt) <sup>31</sup>
Difficulties with written expression (e.g., makes multiple grammatical or punctuation errors within sentences; employs poor paragraph organization; written expression of ideas lacks clarity) <sup>1</sup>

**Tabelle 30: Defizite in der Schriftsprache**

Fußnoten: <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>31</sup>Leitner, Ortner & Ortner, 2008.

Ein Energieverlust, das subjektive Gefühl von Erschöpfung ohne sich körperliche angestrengt zu haben (APA, 2013), fand sich bei allen Phänomenen die eine depressive Symptomatik aufweisen. Dies ist natürlich die *Major Depression*, sowie die *Posttraumatic Stress Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, die *Specific Learning Disorders*, *Verwahrlosung*, *sexueller Missbrauch*, *physische Misshandlung*, die *Probleme durch Trennung in der Familie*, *Amoktäter* und das *exzessive Videospielen* (s. Tabelle 31).

Fatigue or loss of energy nearly every day <sup>1</sup>
Persistent inability to experience positive emotions <sup>1</sup>
Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days) <sup>1</sup>
Internalizing Behavior (Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Depressed/Suicide <sup>7, 8, 9</sup>
Depression <sup>5, 9, 11, 12, 13</sup>
Internalizing behaviour: Depression <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Depressive Symptome, die bis zum Selbstmordversuch führen können <sup>21</sup>
Depressivität <sup>25, 26, 27, 28, 29</sup>
Internalizing behaviour (Anxious/depressed) <sup>33</sup>

**Tabelle 31: Energieverlust**

Fußnoten: <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olsson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>13</sup>Springer, Sheridanb, Kuoc & Carnesb, 2007; <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>28</sup>Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012; <sup>29</sup>Turner, Exum, Brame & Holt, 2013; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Zwangshandlungen bzw. repetitive Verhaltensweisen konnten übereinstimmend bei der *Obsessive-Compulsive Disorder*, *Autism Spectrum Disorder* und bei den *Specific Learning Disorders* gefunden werden (s. *Tabelle 32*). Im Unterschied zur *Obsessive-Compulsive Disorder*, bei der intrusive Zwangsgedanken die Zwangshandlung bedingen, erscheint das für die *Autism Spectrum Disorder* unwahrscheinlich. Trotz dieses Unterschiedes können die repetitiven Verhaltensweisen, v.a. motorische Bewegungen, für ungeschulte Beobachter schwer zu unterscheiden sein, da eventuelle Zwangsgedanken für sie nicht erkennbar sind.

Repetitive behaviors (e.g., hand washing, ordering, checking) or mental acts (e.g., praying, counting, repeating words silently) that the individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly <sup>1</sup>
Attention problems, thought problems, social problems <sup>3,4</sup>
Stereotyped or repetitive motor movements, use of objects or speech (e.g., simple motor stereotypies, lining up toys or flipping objects, echolalia, idiosyncratic phrases) <sup>1</sup>
Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g., extreme distress at small changes, difficulties with transitions, rigid thinking patterns, greeting rituals, need to take same route or eat same food every day) <sup>1</sup>

*Tabelle 32: Zwangshandlungen/repetitive Verhaltensweisen*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010.

Soziale Probleme in Anlehnung an die Dimensionen von ACHENBACH (1991) fanden sich bei *Verwahrlosung*, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, *Borderline Personality Disorder*, den *Specific Learning Disorders*, der *Autism Spectrum Disorder*, *Conduct Disorder*, *Oppositional Defiant Disorder*, bei *physischer Misshandlung* und *Amoktätern* (s. *Tabelle 33*). Zusätzlich wird eine Übereinstimmung mit *Mobbingopfern* hinzugefügt. Es findet sich zwar explizit kein Symptom zu sozialen Problemen, was aber daran liegen mag das soziale Probleme ein inhärenter Bestandteil des Phänomens Mobbing sind und deswegen nicht gemessen werden. Soziale Probleme können von sozialem Rückzug insofern abgegrenzt werden, als dass der verminderte soziale Kontakt durch die Ablehnung durch Mitmenschen zustande kommt und nicht von den Betroffenen selbst gewählt ist. Bei der *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, der *Borderline Personality Disorder*, der *Conduct Disorder*, der *Oppositional Defiant Disorder* und der *Autism Spectrum Disorder* fanden sich Symptome, von denen ausgegangen wurde, dass sie auf Dauer zu Problemen mit den Mitmenschen führen können.

Peer problems (Negative view of social world and difficulty solving problems within social relationships, Avoidant in peer interaction, Unpopular with peers, Fewer reciprocated playmates, Less prosocial behavior) <sup>5,6</sup>
Often has difficulty waiting for his or her turn (e.g., while waiting in line) <sup>1</sup>
Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing) <sup>1</sup>
A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation <sup>1</sup>
Social problems <sup>3,4</sup>
Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging, for example, from difficulties adjusting behavior to suit various social contexts; to difficulties in sharing imaginative play or in making friends, to absence of interest in peers <sup>1</sup>
Often bullies, threatens or intimidates others <sup>1</sup>
Often initiates physical fights <sup>1</sup>
Often loses temper <sup>1</sup>
Is often touchy or easily annoyed <sup>1</sup>
Is often angry and resentful <sup>1</sup>
Often deliberately annoys others <sup>1</sup>
Poor social problem solving, less prosocial with peers, atypical social networks, low peer status and peer ratings, low empathy (Middle childhood) 1995), Lower social competence, poorer school, peer and self-adjustment <sup>5</sup>
Täter sind meist introvertierte Einzelgänger oder besitzen in ihrer subjektiven Sichtweise keine funktionsfähigen sozialen Strukturen <sup>21, 22</sup>
Häufig Opfer von Bullying <sup>22</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Soziale Probleme als inhärenter Bestandteil von Mobbing

*Tabelle 33: Soziale Probleme*

*Fußnoten:* <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>21</sup>Robertz & Wickenhäuser, 2007; <sup>22</sup>Bondü, 2010; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Verzögerungen in der normalen Entwicklung finden sich bei *Verwahrlosung*, *Autism Spectrum Disorder*, *physischer Misshandlung* und *Amoktätern* (s. *Tabelle 34*). Der Verzug in der Entwicklung kann sich dabei in vielen Bereichen äußern, wie den sozialen Kompetenzen, mentalen Fähigkeiten oder der körperlichen Entwicklung. Entwicklungsverzögerungen speziell beim Spracherwerb, dargestellt in *Tabelle 35*, fanden sich bei *Verwahrlosung*, den *Specific Learning Disorders (Impairment in reading and written expression)* und bei der *Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)*. Diese Symptome unterscheiden sich von den in *Tabelle 30* dargestellten Defiziten in der Schriftsprache, da sie einen verzögerten Spracherwerb an sich meinen, nicht eine Verzögerung im Erlernen der Kulturtechniken Lesen und Schreiben.

Developmental delays <sup>5</sup>
Deficits in social-emotional reciprocity, ranging, for example, from abnormal social approach, and failure of normal back-and-forth conversation; to reduced sharing of interests, emotions, affect; to failure to initiate or respond to social interactions <sup>1</sup>
Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging, for example, from poorly integrated verbal and nonverbal communication; to abnormalities in eye contact and body language or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expressions, and nonverbal communication <sup>1</sup>
Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging, for example, from difficulties adjusting behavior to suit various social contexts; to difficulties in sharing imaginative play or in making friends, to absence of interest in peers <sup>1</sup>
Low cognitive maturity <sup>5</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 34: Entwicklungsverzögerungen*

Fußnoten: <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>23</sup>Langman, 2009.

More delayed in language skills than abused group <sup>5</sup>
Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging, for example, from poorly integrated verbal and nonverbal communication; to abnormalities in eye contact and body language or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expressions, and nonverbal communication <sup>1</sup>
Sound and syllable repetitions <sup>1</sup>
Sound prolongations of consonants as well as vowels <sup>1</sup>
Broken words (e.g. pauses within a word) <sup>1</sup>
Audible or silent blocking (filled or unfilled pauses in speech) <sup>1</sup>
Circumlocutions (word substitution to avoid problematic words) <sup>1</sup>
Words produced with an excess of physical tension <sup>1</sup>
Monosyllabic whole-word repetitions (e.g. "I-I-I-I see him") <sup>1</sup>

*Tabelle 35: Entwicklungsverzögerung beim Spracherwerb*

Fußnoten: <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>1</sup>APA, 2013.

*Tabelle 36* zeigt Phänomene, die mit einer unsicheren Bindung assoziiert sind. Darunter versteht man ein gehemmtes, emotional zurückgezogenes Verhalten, dass durch Traumatisierung bedingt ist und im Säuglings- und Kleinkindalter auftritt. Betroffene Kinder wenden sich nicht an Bezugspersonen, um Trost, Unterstützung oder Schutz zu suchen (APA, 2013).

Insecure attachment <sup>5</sup>
Insecure attachment <sup>5</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

*Tabelle 36: Unsichere Bindung*

Fußnoten: <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>23</sup>Langman, 2009.



Halluzinationen fanden sich bei *sexuellem Missbrauch*, den *Specific Learning Disorders*, bei der *Substance Use Disorder/Withdrawal* als Symptom des Entzugs, bei *physischer Misshandlung* und bei *Amoktättern* (s. Tabelle 37). Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne externen Stimulus, entziehen sich der bewussten Kontrolle und sind für alle Sinnesorgane möglich (APA, 2013). Eine erhöhte sexuelle Promiskuität fand sich bei *sexuellem Missbrauch*, der *Borderline Personality Disorder* und bei *Amoktättern* (s. Tabelle 38).

Hallucinations <sup>10</sup>
Attention problems, thought problems, social problems <sup>3,4</sup>
Withdrawal, as manifested by either of the following: <b>a.</b> Autonomic hyperactivity, increased hand tremor, insomnia, nausea or vomiting, transient visual, tactile, or auditory hallucinations or illusions, psychomotor agitation, anxiety, generalized tonic-clonic seizure <b>b.</b> Alcohol (or a closely related substance, such as benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms <sup>1</sup>
Hallucinations <sup>10</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Psychotic (Schizophrenia spectrum disorders – paranoid delusions, delusions of grandeur, auditory hallucinations) <sup>23</sup>

**Tabelle 37: Halluzinationen**

*Fußnoten:* <sup>10</sup>Read, Agar, Argyle & Aderhold, 2003; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Sexual Promiscuity <sup>8, 9</sup>
Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating) <b>Note:</b> Do not include self-mutilating behavior covered in Criterion 5) <sup>1</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>

**Tabelle 38: Sexuelle Promiskuität**

*Fußnoten:* <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>9</sup>Briere & Elliott, 2003; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Wie in *Tabelle 39* dargestellt, ist Alkoholmissbrauch assoziiert mit *physischer Misshandlung*, *Borderline Personality Disorder*, *Amoktättern*, *Mobbingopfern* und natürlich mit der *Substance Use Disorder*, für die stellvertretend nur ein Symptom abgebildet wurde. Drogenmissbrauch, wie in *Tabelle 40* zu sehen, ist assoziiert mit *physischer Misshandlung*, *Borderline Personality Disorder*, *Mobbingopfern*, *Amoktättern* und natürlich auch mit der *Substance Use Disorder*.

Alcohol Problems <sup>12</sup>
Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating) <b>Note:</b> Do not include self-mutilating behavior covered in Criterion 5) <sup>1</sup>
Häufig Opfer von Bullying <sup>22</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Frequent excessive drinking <sup>25</sup>
Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended <sup>1</sup>

*Tabelle 39: Alkoholmissbrauch*

*Fußnoten:* <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>22</sup>Bondü, 2010; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Drug Abuse <sup>5, 11</sup>
Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating) <b>Note:</b> Do not include self-mutilating behavior covered in Criterion 5) <sup>1</sup>
Other substance use <sup>25</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended <sup>1</sup>

*Tabelle 40: Drogenmissbrauch*

*Fußnoten:* <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995 <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>23</sup>Langman, 2009.

Delinquente bzw. regelverletzende Verhaltensweisen, dargestellt in *Tabelle 41*, finden sich bei *Problemen durch Trennung in der Familie*, den *Specific Learning Disorders*, der *Conduct Disorder*, *Oppositional Defiant Disorder*, bei *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, *physischer Misshandlung*, *Amoktättern* und *Mobbingopfern*. Da Alkoholkonsum gesetzlich für unter 16- bzw. unter 18-jährige Verboten ist und der Konsum von illegalen Drogen generell, wurde stellvertretend für die gesamte *Alcohol/Substance Use Disorder* ein Symptom als Übereinstimmung beigelegt.

Externalisierendes Verhalten (Delinquenz) <sup>15, 16, 17, 18</sup>
Externalizing Behavior (Delinquent) <sup>2,3,4</sup>
Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended <sup>1</sup>
Has used a weapon that can cause serious physical harm to others (e.g., a bat, brick, broken bottle, knife, gun) <sup>1</sup>
Has been physically cruel to people <sup>1</sup>
Has been physically cruel to animals <sup>1</sup>

Has stolen while confronting a victim (e.g., mugging, purse snatching, extortion, armed robbery) <sup>1</sup>
Has forced someone into sexual activity <sup>1</sup>
Has deliberately engaged in fire setting with the intention of causing serious damage <sup>1</sup>
Has deliberately destroyed others' property (other than by fire setting) <sup>1</sup>
Has broken into someone else's house, building, or car <sup>1</sup>
Often lies to obtain goods or favors or to avoid obligations (i.e., "cons" others) <sup>1</sup>
Has stolen items of nontrivial value without confronting a victim (e.g., shoplifting, but without breaking and entering; forgery) <sup>1</sup>
Often stays out at night despite parental prohibitions, beginning before age 13 years <sup>1</sup>
Has run away from home overnight at least twice while living in the parental or parental surrogate home, or once without returning for a lengthy period <sup>1</sup>
Is often truant from school, beginning before age 13 years <sup>1</sup>
Often actively defies or refuses to comply with requests from authority figures or with rules <sup>1</sup>
Externalizing behavior <sup>5,6</sup>
Externalizing Behavior: Delinquent <sup>7</sup>
Alcohol Problems <sup>12</sup>
Drug Abuse <sup>5, 11</sup>
Traumatized (Physically or sexually abused, parental substance abuse and parental criminal behaviour) <sup>23</sup>
Psychopathic (Narcissism, lack of empathy, lack of conscience, sadistic behaviour) <sup>23</sup>
Frequent excessive drinking <sup>25</sup>
Other substance use <sup>25</sup>

*Tabelle 41: Delinquentes bzw. regelverletzendes Verhalten*

*Fußnoten:* <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>16</sup>Amato & Keith, 1991; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>18</sup>Strohschein, 2005; <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>12</sup>Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; <sup>11</sup>Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant & Blanco, 2012; <sup>23</sup>Langman, 2009; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000.

Psychosomatische Beschwerden fanden sich bei *Problemen durch Trennung in der Familie*, den *Specific Learning Disorders*, *Verwahrlosung*, *sexuellem Missbrauch*, bei *Mobbingopfern* und *exzessivem Videospielen* (s. *Tabelle 42*). Einzelne Symptome wurden in der Literatur nicht gefunden, weswegen nur eine weit gefasste Kategorie gebildet werden konnte.

In *Tabelle 43* finden sich Symptome, die wahnhaftige Vorstellungen darstellen. Darunter werden feste Überzeugungen verstanden, die trotz Widerlegung durch eindeutige Beweise bestehen bleiben (APA, 2013). Solche Wahnvorstellungen wurden bei der *Obsessive-Compulsive Disorder*, der *Borderline Personality Disorder* und bei den *Specific Learning Disorders* gefunden. In *Tabelle 44* finden sich Maßnahmen zur Vermeidung belastender Gedanken. Diese fan-

den sich bei der *Obsessive-Compulsive Disorder*, der *Posttraumatic Stress Disorder*, bei *sexuellem Missbrauch* und den *Specific Learning Disorders*. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Maßnahmen wirkungsvoll sind, wie z.B. das Fernbleiben von bestimmten Orten mit denen Betroffene Negatives verbinden, oder nur wirkungsvoll in der subjektiven Sichtweise der Betroffenen, wie Zwangshandlungen bei der *Obsessive-Compulsive Disorder*. Erstere Verhaltensweisen finden sich zusammengefasst bei Vermeidungsverhalten in Zusammenhang mit Ängsten (s. *Tabelle 10*) und letztere in *Tabelle 32* bei den Zwangshandlungen oder repetitiven Verhaltensweisen.

Internalizing behaviour: Psychosomatic complaints <sup>15, 17</sup>
Internalizing Behavior (Withdrawn, Somatic complaints, Anxious/depressed) <sup>2,3,4</sup>
Internalizing problems <sup>5,6</sup>
Internalizing Behavior: Somatic complaints <sup>7</sup>
Psychosomatische Störungen <sup>24, 25, 26, 27</sup>
Internalizing behaviour (Somatic complaints) <sup>33</sup>

*Tabelle 42: Psychosomatische Beschwerden*

*Fußnoten:* <sup>15</sup>Stett, 2009; <sup>17</sup>Reifman, Villa, Amans, Rethinam. & Telesca, 2001; <sup>2</sup>Heiervang, Stevenson, Lund & Hugdahl, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010; <sup>5</sup>Trickett & McBride-Chang, 1995; <sup>6</sup>Hildyard & Wolfe, 2002; <sup>7</sup>Lüdders, 2012; <sup>24</sup>Gini & Pozzoli, 2009; <sup>25</sup>Kaltilla-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; <sup>26</sup>Menesini, Modena & Tani, 2009; <sup>27</sup>Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; <sup>33</sup>Holtz & Appel, 2011.

Recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted, and that in most individuals cause marked anxiety or distress <sup>1</sup>
Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms <sup>1</sup>
Attention problems, thought problems, social problems <sup>3,4</sup>

*Tabelle 43: Wahnhaftige Vorstellungen*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010.

The individual attempts to ignore or suppress such thoughts, urges, or images, or to neutralize them with some other thought or action (i.e., by performing a compulsion) <sup>1</sup>
Avoidance of or efforts to avoid distressing memories, thoughts or feelings about or closely associated with the traumatic event(s) <sup>1</sup>
Posttraumatic Stress Disorder <sup>8</sup>
Attention problems, thought problems, social problems <sup>3,4</sup>

*Tabelle 44: Maßnahmen zur Vermeidung belastender Gedanken*

*Fußnoten:* <sup>1</sup>APA, 2013; <sup>8</sup>Paolucci, Genuis & Violato, 2001; <sup>3</sup>Dahle, Knivsberg & Andreassen, 2011; <sup>4</sup>Fischbach, Schuchardt, Mähler & Hasselhorn, 2010.

## 4 Ausarbeitung einer Darstellungsmöglichkeit

Um die gefundenen Übereinstimmungen bei der Symptomatik im geplanten Buch übersichtlich darzustellen wurden mehrere Möglichkeiten überlegt. Eine Idee war, die Symptome in Kategorien einzuteilen, um sie dadurch thematisch zu ordnen. Dazu wurde versucht die gebildeten Symptomgruppen entweder in die ASEBA Dimensionen (Achenbach, 1991) oder in die für das geplante Buch verwendeten Kategorien (Unveröffentlichtes Arbeitsblatt, Stand: 13.08.2013, Lehrstuhl für Schulpädagogik, LMU München) einzuordnen. Bei beiden gab es das Problem, dass eine eindeutige Zuordnung oft nicht möglich war. Im Hinblick auf die ASEBA Dimensionen konnten einige Symptome nicht eingeordnet werden, weil sie in keine der Dimensionen thematisch hinein passten (z.B. Entwicklungsverzögerungen oder Defizite im Lernen und geringe Schulleistung). Für die Kategorien der AG Schülerauffälligkeiten bestand dasselbe Problem. Hier waren es vor allem die ängstlich/depressiven Symptome, die nicht zugeordnet werden konnten. Dies liegt vor allem daran, dass die Kategorien für die Auffälligkeiten gedacht sind, nicht aber für die Symptome und eine Depression oder Angststörung nicht in der Gliederung zu finden sind.

Als Alternative zur Einordnung in Kategorien könnten die Symptome wegen ihrer relativ geringen Anzahl von 39 auch gemeinsam dargestellt werden. Um die Übersichtlichkeit zu verbessern werden sie alphabetisch geordnet und ihnen gegenübergestellt weisen Abkürzungen auf die Phänomene hin, bei denen sie vorkommen können. Abkürzungen würden sowohl Platz sparen, als auch schnelle Handhabung und Übersichtlichkeit ermöglichen, da dem Leser nicht so viel Text präsentiert wird, sollte er schnell etwas nachschlagen wollen. Um die Abkürzungen zu verstehen müssten sie entweder in der Legende der Tabelle oder in einer zweiten Tabelle erklärt werden. Als Alternative zu Abkürzungen könnten Zahlen als Code genommen werden, was zwar an Platz sparen würde, aber keine semantischen Rückschlüsse auf die Phänomene zulassen würde, wie es bei Abkürzungen der Fall ist. Da man die Phänomene oft und gut als Akronyme darstellen kann ist es für den Leser bei häufiger Benutzung schneller Greifbar, dass die Abkürzung ASD auf die *Acute Stress Disorder* verweist, als beispielsweise die Zahl eins. Eine Ausarbeitung dieser Darstellungsmöglichkeit findet sich in *Tabelle 45*. Die benutzten Abkürzungen entsprechen denen aus *Tabelle 5*.

Aggressives und aufbrausendes Verhalten (verbal oder physisch)	ASD, PTSD, ADHD, BPD, SLD, CD, ODD, VER, SM, PM, PTF, AT, MOB, EVS
Alkoholmissbrauch	AT, BPD, MOB, PM
Ängstlichkeit	AT, EVS, MOB, PM, PTF, SLD, SM, VER
Defizite im Lernen und geringe Schulleistung	AT, MOB, PM, PTF, SLD, SEM, SM, STU, SUD, VER
Defizite in der Schriftsprache	HB, SLD (writing)
Delinquentes bzw. regelverletzendes Verhalten	AT, CD, ODD, MOB, PM, PTF, SLD, SM, SUD, VER
Depressive Stimmung (Kann sich bei Kindern und Jugendlichen als gereizte Stimmung äußern)	ASD, AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Dissoziationen	ASD, AT, BPD, PM, PTSD, SLD, SM,
Drogenmissbrauch	AT, BPD, MOB, PM
Energieverlust	AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Entwicklungsverzögerung beim Spracherwerb	AUSD, STU, VER
Entwicklungsverzögerungen	AT, AUSD, PM, VER
Erhöhte Schreckhaftigkeit	ASD, AT, AUSD, PTSD, SM
Fressattacken	BN, MD, MOB
Geringes Selbstkonzept/Selbstwertgefühl	AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Gestörte Impulskontrolle	ADHD, AT, BN, BPD, PM
Gewichtsreduzierende Maßnahmen	AN, BN, MOB
Gewichtsreduzierendes Essverhalten	AN, MD, MOB
Halluzinationen	AT, PM, SLD, SM, SUD (withdrawal)
Hypervigilanz	AT, ASD, PTSD, SM
Intrusionen	ASD, AT, OCD, PM, PTSD, SLD, SM
Konzentrationsprobleme	ADHD, ASD, AT, BPD, EVS, HB, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Maßnahmen zur Vermeidung belastender Gedanken	OCD, PTSD, SLD, SM
Motorische Unruhe	ADHD, ASD, AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Psychosomatische Beschwerden	EVS, MOB, PTF, SLD, SM, VER
Schlafprobleme	ASD, AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, SUD (withdrawal), VER

Schuldgefühle	AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SM, VER
Schuleschwänzen	ASD, AT, CD, MOB, SM, PM, PTF, PTSD, SLD, SP, SUD, VER
Selbstzerstörerisches Verhalten (durch Alkohol, Drogen, Essverhalten oder Autoaggression)	AN, AT, BN, BPD, MOB, PTSD, SM, SUD
Sexuelle Promiskuität	AT, PM, SLD, SM, SUD
Soziale Probleme	ADHD, AT, AUSD, BPD, MOB, PM, SLD, VER
Sozialer Rückzug	ASD, AT, EVS, MD, MOB, PM, PTF, PTSD, SLD, SEM, SM, STU, VER
Spezifische Angst vor bestimmtem Objekt oder Situation	ASD, AT, PTSD, SEM, SM, SP, STU
Suizidales Verhalten	AT, BPD, EVS, MD, MOB, PM, PTF, SLD, SM, VER
Unsichere Bindung	AT, PM, VER
Vermeidungsverhalten in Zusammenhang mit Ängsten	ASD, BPD, PTSD, SM, SP
Verzerrtes Körperbild/Unangemessen hoher Stellenwert des Körperbildes	AN, BN, MOB
Wahnhaftige Vorstellungen	OCD, BPD, SLD
Zwangshandlungen/repetitive Verhaltensweisen	AUSD, OCD, SLD

*Tabelle 45: Darstellungsmöglichkeit der Übereinstimmungen*

## 5 Diskussion

Insgesamt haben die Ergebnisse gezeigt, dass es kein Phänomen gibt, dass sich nicht wenigstens in einem Symptom mit einem anderen Phänomen überschneidet. Trotzdem gibt es unter den gesamten verwendeten Symptomen solche, die nicht mit einem anderen Symptom übereinstimmen und deswegen auch nicht im Ergebnisteil zu finden sind. Diese können der Gesamttabelle, die dieser Arbeit anhand einer Cd beigelegt wird, entnommen werden.

Betrachtet man die psychischen Störungen, so sieht man, dass zwischen ihnen wenige Symptome im Wortlaut identisch sind, aber viele gemeinsame Merkmale haben, unter denen sie in *Tabelle 45* zusammengefasst sind. Der Schluss, dass diese Symptome qualitativ unterschiedlich sind, lässt sich daraus nicht ziehen, da einfach nur andere Worte zur Beschreibung des selben Sachverhalts benutzt werden konnten. Die Bereiche Angst und Depression finden sich in vielen psychischen Störungen in unterschiedlichen Ausformungen.

Starke Übereinstimmungen zeigen sich vor allem zwischen den negativen Erfahrungen, *Amoktättern* und *exzessivem Videospielen* für sowohl internalisierende als auch externalisierende Verhaltensweisen. Das bedeutet qualitativ gesehen, dass mit diesen Phänomenen viele ähnliche Verhaltensauffälligkeiten assoziiert sind und quantitativ gesehen, dass sich die problematischen Verhaltensweisen über ein breites Spektrum hin erstrecken, so dass typische Symptome nicht erkennbar sind. Für diese Phänomene wurden die in der Literatur gefundenen Symptome für den Vergleich übernommen, sobald sie statistisch signifikant waren. Da keine Unterschiede im Signifikanzniveau berücksichtigt wurden, kann es sein, dass verschiedene Symptome eines Phänomens mit unterschiedlicher Häufigkeit auftreten. Dies bedeutet, dass für zwei Symptome A und B eines Phänomens, zwar für beide ein höheres Vorkommen im Vergleich zur Kontrollgruppe gemessen wurde, Symptom A aber im Vergleich zu Symptom B trotzdem viel häufiger auftreten kann. Dies ist möglich, wenn Symptom A den Schwellwert, ab dem von statistischer Signifikanz gesprochen wird, noch deutlicher überschreitet als Symptom B. Beispielsweise wurden als Folge sexuellen Missbrauchs sowohl internalisierende, als auch externalisierende Verhaltensweisen als statistisch signifikant in der Literatur gefunden. Wären diese unterschiedlichen Häufigkeit im Auftreten berücksichtigt worden, hätten sich so eventuell typischere Symptomatiken gezeigt, mit Schwerpunkten bei einem jeweiligen Symptom.



Die gefundenen Ergebnisse müssen auch kritisch hinterfragt werden. Allen voran erschwerte die Vielfalt an Begriffen, die zur Beschreibung der Thematik verwendet werden, die Suche nach Literatur. Es wurde zwar mit unterschiedlichen Begriffen gesucht, doch ist es vor allem für die Suche nach englischsprachiger Literatur nicht auszuschließen, dass manche gebräuchlichen Begriffe nicht mit in die Suche einbezogen wurden. Es kann also möglich sein, dass aus diesem Grund Aspekte zur Symptomatik nicht gefunden wurden, die unter Umständen relevant wären. Dies würde beispielsweise erklären, warum sich in der Literatur zu *Mobbing* keine Anhaltspunkte fanden, dass Schuleschwänzen mit diesem Phänomen in Verbindung steht. Denkt man an die soziale Ausgrenzung, die Betroffene erfahren, und die damit verbundenen negativen Gefühle, würde es nur logisch erscheinen diesen Ort zu meiden.

Umgekehrt könnte es sein, dass Übereinstimmungen gewertet wurden, wo keine sind oder wo andere Untersucher keine Übereinstimmung werten würden. Diese mangelnde Objektivität erklärt sich dadurch, dass wenige Symptome im Wortlaut gleich waren und oft interpretiert werden musste, ob eine Gemeinsamkeit vorliegt. Hinzu kam, dass manche Symptome Überbegriffe beschrieben, während andere ihnen zugeordnet werden konnten. Das Zuordnen von Unter- zu Oberbegriffen stellte kein Problem dar, nur anders herum könnte es zu Ungenauigkeiten geführt haben. Bei der als Messinstrument in Studien oft verwendeten *Child Behavior Check List* wurde in manchen Studien nur eine Signifikanz der größten Dimensionen angegeben, z.B. für externalisierendes Verhalten. Aggressive und regelverletzenden Verhaltensweisen, die diese Dimension konstituieren, wurden teilweise nicht genannt. Es ist zwar sehr wahrscheinlich, dass sich die gefundene Signifikanz in so einem Fall auf alle beinhalteten Dimensionen bezieht, explizit aufgeführt wurden sie in so einem Fall aber nicht.

Feinere Ergebnisse hätte eine Aufteilung der Symptome nach Geschlecht und Alter ergeben. Dies war schlecht umzusetzen, da die diagnostischen Kriterien des DSM-5 so eine Unterscheidung nur bedingt aufführen, genauso wie die Literatur zu den negativen Ereignissen und den restlichen Phänomenen. Dies könnte das Ziel einer weiteren Arbeit in diesem Bereich sein.

Die in *Tabelle 45* aufgelisteten Symptome könnten einer Lehrkraft als Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines der Phänomene dienen. Mit Hilfe der Tabelle kann die Lehrkraft leicht erkennen mit welchen Phänomenen ein beobachtetes Symptom einhergeht. So wird ihr die

Möglichkeit gegeben sich gezielt zu informieren und zu sehen, ob sich weitere Symptome finden, die mit dem Verdacht übereinstimmen. Die Entscheidung darüber, ob weitere Schritte eingeleitet werden sollten, könnte dadurch erleichtert werden. Die Tabelle ist also nicht dazu gedacht eine formelle Diagnose zu stellen, sondern soll der Lehrkraft helfen das Beobachtete einzuordnen. Bei dringendem Verdacht auf eine zugrundeliegende Problematik sollte der Schulpsychologe hinzugezogen werden. Da die Diagnosestellung seitens des Schulpsychologen ein zeitumfassender Prozess ist, der auch weiterer Beobachtung bedarf, muss sich die Lehrkraft als Teil dieses Prozesses umfassend über die möglichen Problematiken informieren.

Ein Nachteil der Darstellungsmöglichkeit wie sie *Tabelle 45* zeigt ist, dass der Leser nicht auf einen Blick alle zu einem bestimmten Phänomen gehörigen Symptome sieht. Wird ein Symptom bei einem Schüler beobachtet, muss erst in das Kapitel der entsprechenden Auffälligkeit geschaut werden, um zu sehen welche weiteren Symptome noch damit verbunden sind. Darüber hinaus sind mit manchen Symptomen bis zu 14 Phänomene assoziiert. Dies erlaubt es der Lehrkraft kaum sinnvolle Schlüsse aus dem beobachteten Symptom zu ziehen, hat sie nicht noch andere Symptome um die Möglichkeiten näher einzugrenzen.

## 6 Zusammenfassung

Der Informationsbedarf über Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen für Lehrkräfte an Regelschulen wird im Zuge des Inklusionsgedankens immer größer und dringender. Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft *Schülerauffälligkeiten* war es das Ziel dieser Arbeit einen Beitrag zur Informationsbereitstellung zu leisten. Zuerst wurde dargestellt, wie das Thema in der Vergangenheit betrachtet wurde und wie Werte und Normen eine Definition des Themas unabdingbar prägen. Anschließend wurde auf die heutige Sichtweise auf Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten eingegangen, aus Sicht der Sonderpädagogik als auch der klinischen Psychologie. Die aktuelle Diskussion um das Finden eines geeigneten Begriffes zur Bezeichnung der Thematik innerhalb der Sonderpädagogik sowie die generelle Begriffsvielfalt bei diesem Thema wurde dabei ebenfalls beleuchtet. Arten von Klassifikations- und Diagnosesystemen wurden vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile verglichen. Der Hauptteil der Arbeit bestand darin, Symptome, die im Zusammenhang mit bestimmten Verhaltensauffälligkeiten stehen, auf Übereinstimmungen oder Ähnlichkeiten zu Vergleichen.. Es wurden zahlreiche Übereinstimmungen gefunden, die in Gruppen zusammengefasst und so dargestellt wurden, dass es ersichtlich ist mit welcher Verhaltensauffälligkeit sie in Verbindung stehen. Diese Darstellung soll Lehrkräften helfen einen Überblick über wesentliche Symptome von Verhaltensauffälligkeiten zu bekommen und ihnen differenzieren helfen, welche Symptome mit welchen Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung stehen können. Da die Ergebnisse zeigen, dass manche Symptome bei sehr vielen Phänomen auftreten können, wäre es wünschenswert, wenn Lehrer an Regelschulen allgemein über Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten weitergebildet werden würden, da in diesen Fällen eine gezielte Informationsbeschaffung schwer möglich ist.

## 7 Literaturverzeichnis

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the child behavior checklist, 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Amato, P.R. & Keith, B. (1991). Parental Divorce and Adult Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 53(1), 43-58.

Anderson, C.A. (2003). An update on the effects of playing violent video games. *Journal of Adolescence*, 27(1), 113-122.

Bondü, R. (2010). *School Shootings in Deutschland: Internationaler vergleich, Warnsignale, Risikofaktoren, Entwicklungsverläufe*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Freie Universität Berlin, Berlin.

Briere, J. & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.

Brown, T.A. & Barlow, D.H. (2005). Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551–556.

Corrigan, P.W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work* 52(1), 31-39.

Dahle, A.E., Knivsberg, A.-M. & Andreassen, A.B. (2011). Coexisting problem behaviour in severe dyslexia. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11(3), 162-170.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch Diagnostische Leitlinien* (8.Auflage). Bern: Hans Huber.

Döpfner, M. (2013). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7.Auflage) (S.31-56). Göttingen: Hogrefe.

Fairburn, C.G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behavior Research and Therapy*, 43(6), 691-701.

Fekkes, M., Pijpers, F.I.M. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of Pediatrics*, 144(1), 17-22.

- First, M.B. (2005). Clinical Utility: A Prerequisite for the Adoption of a Dimensional Approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560–564.
- Fischbach, A., Schuchardt, K., Mähler, C. & Hasselhorn, M. (2010). Zeigen Kinder mit schulischen Minderleistungen sozio-emotionale Auffälligkeiten?. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 42(4), 201–210.
- Frisco, M.L., Muller, C. & Frank, K. (2007): Parent's Union Dissolution and Adolescent's School Performance: Comparing Methodological Approaches. *Journal of Marriage and Family* 69(3), 721–741.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2010). Klassifikationssysteme. In B. Ahrbeck & M. Willmann (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S.157-164). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Garland, A.F. & Ziegler, E. (1999). Emotional and behavioral problems among highly intellectually gifted youth. *Roeper Review*, 22(1), 41-44.
- Gauck, L. & Trommsdorff, G. (2009). Probleme hochbegabter Kinder aus Sicht von Kindern, Eltern und Lehrern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 56(1), 27-37.
- Gini, G. & Pozzoli, T. (2009). Association between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta Analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059-1065.
- Glew, G.M., Fan, M.-Y., Katon, W., Rivara, F.P. & Kernic, M.A. (2005). Bullying, Psychosocial Adjustment and Academic Performance in Elementary School. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(11), 1026-1031.
- Göppel, R. (2010). Von der „sittlichen Verwilderung“ zu „Verhaltensstörungen“ - Zur Begriffs- und Ideengeschichte der pädagogischen Reflexion über „schwierige Kinder“. In B., Ahrbeck & M. Willmann (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S.11-20). Stuttgart: Kohlhammer.
- Häcker, H.O. & Stapf, K.-H. (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Heidenreich, T., Noyon, A. & Efert, N. (2008). Klassifikation. In B. Röhrle, F. Caspar & P.F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (1. Auflage) (S.275-299), Stuttgart: Kohlhammer.
- Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A. & Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(4), 251-256.
- Hildyard, K.L. & Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679–695.
- Hillenbrand, C. (2008): *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen Grundwissen Verhaltensstörungen* (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Holtz, P. & Appel, M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 49–58.
- Horwitz, A., Widom, C.S., McLaughlin, J. & White, H.R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201.
- Jantzer, V. Haffner, J., Parzer, P. & Resch, F. (2012). Opfer von Bullying in der Schule: Depressivität, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei deutschen Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 21(1), 40-46.
- Kaltilla-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), 661-674.
- Keller, A. (2000). *Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews (F-DIPS) – Eine Untersuchung der Retest-Reliabilität und der Validität*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg.
- Kessler, R.C. (2002). The Categorical versus Dimensional Assessment Controversy in the Sociology of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43(2), 171- 188.
- Konijn, E.A., Bijvank, M. & Bushman, B.J. (2007). I wish I were a warrior: The role of wishful identification in the effects of violent video games on aggression in adolescent boys. *Developmental Psychology*, 43(4), 1038-1044.
- Kraemer, H.C., Noder, A. & O'Hara, R. (2004): Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research* 38(1), 17–25.
- Krueger, R.F. & Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 485-499.
- Kultusministerkonferenz (1994). *Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland*. Verfügbar unter [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/1994/1994\\_05\\_06-Empfehl-Sonderpaedagogische-Foerderung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1994/1994_05_06-Empfehl-Sonderpaedagogische-Foerderung.pdf) [15.12.2013].
- Kultusministerkonferenz (2000). *Empfehlungen zum Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung*. Verfügbar unter [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2000/2000\\_03\\_10-FS-Emotionale-soziale-Entw.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_03_10-FS-Emotionale-soziale-Entw.pdf) [15.12.2013].
- Kultusministerkonferenz (2011). *Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen*. Verfügbar unter [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_10\\_20-Inklusive-Bildung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf) [22.01.2014]
- Langman, P. (2009). Rampage School Shooters: A Typology. *Aggression and Violent Behavior* 14(1), 79–86.

- Leitner, W., Ortner, A. & Ortner, R. (2008). *Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lüdders, L. (2012). *Sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen. Ein metaanalytischer Review über die Folgen und die Bewältigung sexueller Viktimisierung im Kindes- und Jugendalter*. Hamburg: Kovac.
- Menesini, E., Modena, M. & Tani, F. (2009). Bullying and Victimization in Adolescence: Concurrent and Stable Roles and Psychological Health Symptoms. *The Journal of Genetic Psychology*, 170(2), 115–133.
- Myers, D.G. (2008): *Psychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Myschker, N. (2009): *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen* (6. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10 Diagnostik*. Wien: Facultas.wuv.
- Petermann, F. Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2000). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5. Auflage) (S.29-56). Göttingen: Hogrefe.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 1–22.
- Reifman, A., Villa, L.C., Amans, J.A., Rethinam, V. & Telesca, T.Y. (2001). Children of Divorce in the 1990s: A Meta-Analysis. *Journal of Divorce & Remarriage*, 36(1/2), 27-36.
- Robertz, F.J. & Wickenhäuser, R.P. (2007). *Der Riss in der Tafel*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schlee, J. (1989). Zur Problematik der Terminologie in der Pädagogik bei Verhaltensstörungen. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (Band 6) (S.36-48), Berlin: Marhold.
- Speck, O. (1979). *Verhaltensstörungen, Psychopathologie und Erziehung – Grundlagen zu einer Verhaltensgestörtenpädagogik*. Berlin: Carl Marhold.
- Springer, K.W., Sheridanb, J., Kuoc, D. & Carnesb, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 31(5), 517–530.
- Stein, D.J. (2012). Dimensional or Categorical: different classifications and measures of anxiety and depression. *Medicographia*, 34(3), 270-275.

Stein, R. (2011). *Grundwissen Verhaltensstörungen*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.

Stett, D. (2009). *Auswirkungen des elterlichen Konfliktniveaus auf Scheidungskinder*. Unveröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Augsburg, Augsburg.

Stöber, J. & Schwarzer, R. (2000). Angst. In J.H. Otto, H.A. Euler & H. Mandl (Hrsg.) *Emotionspsychologie: Ein Handbuch*. (S.189-198). Weinheim: Beltz/PVU.

Strohschein, L. (2005). Parental Divorce and Child Mental Health Trajectory. *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1286–1300.

Sugaya, L., Hasin, D.S., Olfson, M., Lin, K.-H., Grant, B.F. & Blanco, C. (2012). Child Physical Abuse and Adult Mental Health: A National Study. *Journal of traumatic Stress*, 25(4), 384-392.

Sun, Y. & Li, Y. (2002). Children's Well-Being During Parent's Marital Disruption Process: A Pooled Time-Series Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 472–488.

Trickett, P.K., & McBride-Chang, C. (1995). The Developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect. *Developmental Review*, 15(3), 311-337.

Turner, M.G., Exum, L.M., Brame, R. & Holt, T.J. (2013). Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *Journal of Criminal Justice*, 41(1), 53-59.

Uhlmann, E. & Swanson, J. (2004). Exposure to violent video games increases automatic aggressiveness. *Journal of Adolescence*, 27(1), 41-52.

Widinger, T.A. & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition*. *Journal of Abnormal Psychology* 114(4), 494–504.

Willmann, M. (2012). *Pädagogik bei Verhaltensstörungen als Profession und Disziplin: Institutionalisierung und Ausdifferenzierung erzieherischer Hilfen und einer speziellen Pädagogik für „schwierige“ Kinder*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

## 8 Anhang

Cd mit Gesamttabelle der Symptome und den Übereinstimmungen.



**Erklärung zur Hausarbeit gemäß § 29 (Abs. 6) LPO I**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Hausarbeit von mir selbstständig verfasst wurde und dass keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder Sinn nach entnommen sind, sind in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf etwa in der Arbeit enthaltene Zeichnungen, Kartenskizzen und bildliche Darstellungen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift